Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. D. Wyss

SCHICHTABHÄNGIGKEIT VON SOGENANNTEN ENDOGENEN DEPRESSIONEN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
verfaßt und
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Jutta Hartmann
aus Neuendettelsau

Würzburg, den 13. Mai 1981

Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg
Direktor: Professor Dr. D. Wyss

SCHICHTABHÄNGIGKEIT VON SOGENANNTEN ENDOGENEN DEPRESSIONEN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
verfaßt und
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Jutta Hartmann
aus Neuendettelsau

Würzburg, den 13. Mai 1981

Referent:	Prof. Wyss
Korreferent:	Prof. Sattes
Dekan:	Prof. Wulff

Tag der mündlichen Prüfung: 14.7.1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

Meinen Eltern in Dankbarkeit

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543520_0070

Gliederung

I. Einleitung

II. Zielsetzungen, Definitionen und Methoden

1. Zielsetzung
2. Definition
   a) Depression
   b) Endogenität
   c) Endogene Depression
   d) Soziale Schicht

3. Methode
4. Die endogene Depression unter verschiedenen Gesichtspunkten
   a) Klassifikation
   b) Häufigkeit
   c) Geschlechtsabhängigkeit
   d) Heredität
   e) Konstitution
   f) Diagnose und Differentialdiagnose von Depressionen
   g) Zur Symptomatologie der "endogenen Depression"
   h) Auslösende Ursachen
   i) Biochemische Ursachen
   j) Soziale Ursachen
   k) Theoretische Überlegungen zur Genese endogener Depressionen

III. Hauptteil

1. Definition von Inzidenz und Prävalenz
2. Chronologische Zusammenstellung der einzelnen Untersuchungen

3. Diskussion und zusammenfassende Beurteilung der Untersuchungen

   a) die große Begriffsverwirrung
   b) Systematische Fehler: Probleme der "wahren" Inzidenz und Prävalenz
   c) Ungenügendes statistisches Material

IV. Zusammenfassung

Literatur

I. Einleitung

In der deutschen psychiatrischen Fachliteratur zum Thema "endogene Depressionen" werden bezüglich der Krankheitsentstehung vorwiegend konstitutionelle oder auf Vererbung (Kretschmer, Kahn, Hoffmann, Weitbrecht, Schneider K.)(nach Vliegen 1973, Seite 165) beruhende Faktoren genannt, während soziologische Faktoren weitgehend unberücksichtigt bleiben. Laut Bastide wird in den Anfängen der Psychiatrie eine Soziogenese der endogenen Depression nicht diskutiert. Geisteskrankheiten wurden auf Anlage und Vererbung oder auch "moralische Ursachen" zurückgeführt (Bastide 1973, Seite 77). Erst durch die Freud' sche psychoanalytische Theorie, die den Schwerpunkt auf psychische Krankheiten ohne organischen Ursprung legte, geriet dieses "gesamte Begriffsgebäude der klassischen Psychiatrie" ins Wanken (Wulff 1972, Seite 306).

Das Individuum ist eingebunden in ein System von Primär- (z. B. Familie) und Sekundärgruppen (Berufsleben, Schule usw.) unterliegt daher Normen und Wertvorstellungen der Gesellschaft und ist somit Rollenerwartungen ausgesetzt. Dabei kann es zu Rollen- und Normkonflikten kommen, so daß die Vermutung gerechtfertigt ist, daß manche Erscheinungsformen der Geisteskrankheiten unter Zuhilfenahme der Soziologie erklärt werden müssen. Man könnte die Frage stellen, warum Psychiater den Einfluß sozialer Faktoren, z.B. auf die Entstehung von endogenen Depressionen weniger beachten, oder die Erklärung dieser Einflüsse dem Soziologen (Bastide 1973, Seite 83) als "Fachmann" überlassen. Bastide (1973, Seite 84) erklärt, "daß die Wirkungsweise dieser allgemeinen sozialen Faktoren (im Unterschied zu dem, was für die Ereignisse gilt) nur unbewußt sein kann", und deshalb von Psychiatern nicht bemerkt werden.

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, inwieweit das Auftreten endogener Depressionen von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht abhängig ist.

Viele soziologische Untersuchungen zeigen eine deutliche Schichtabhängigkeit von Meinungen, Einstellungen, Verhaltensweisen, Lebensbedingungen etc. Von daher liegt die Vermutung nahe, daß die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht auch die Entstehung von endogenen Depressionen beeinflußt.

Im ersten Teil dieser Arbeit werden einige benötigte Definitionen gegeben, sowie Zielsetzungen und Methoden erörtert. Der Hauptteil enthält einen Vergleich der empirischen Befunde zur sozialen Schichtabhängigkeit endogener Depressionen. In der Zusammenfassung wird eine abschließende Wertung versucht und Hinweise für weitere Forschungen gegeben

II. Zielsetzungen, Definitionen und Methoden

II. 1. Zielsetzung

Wie in der Einleitung angedeutet, ist das Ziel dieser Arbeit, die Soziogenese von endogenen Depressionen anhand von Primär- und Sekundärliteratur zu erörtern. Dabei wurde die verfügbare Literatur von 1918 bis 1980 verwendet.
(Stern 1918, Nolan 1918, U.S.Bureau 1935, Faris Dunham 1939 usw.) (Siehe Seite 46)

II.2. Definitionen

Der Begriff der endogenen Depression wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Insbesondere ist die Bedeutung von "endogen" sehr verschwommen, wie die folgenden Definitionen zeigen werden.

II.2.a) Depression

Das Wort Depression leitet sich von dem lateinischen "deprimere" d.h. "herabdrücken" ab (Pschyrembel 1972, Seite 237) und wird in diesem Sinne von verschiedenen Fachrichtungen verwendet (z.B. wirtschaftliche Depression, in der Physik: Depressionswinkel)(dtv-Lexikon der Physik, Band 2, Seite 86). In der Psychiatrie umfaßt dieser Begriff ganz allgemein "eine Minderung und Beeinträchtigung psychischer Funktionen" (Kielholz 1973, Seite 111). Er stellt einen Oberbegriff für nosologisch recht unterschiedliche Gruppen psychischer Erkrankungen dar, die alle vom Erscheinungsbild her eine "psychische Unterfunktion oder Minussymptomatik" aufzeigen (Kielholz 1973, Seite 111).

II.2.b) Endogenität

Die Bedeutung der Begriffe "endogen" hat sich ständig gewandelt (die folgenden Aussagen beziehen sich auf Vliegen 1973, Seite 164 - 167). Vom Griechischen abgeleitet, bedeutet endogen "darin, d.h. im Hause geboren" (Tellenbach 1961, Seite 17).

Moebius (1893) verwendet diesen Begriff als ERster in der Psychiatrie. Er stellte den Begriff "exogen", d.h. die Entstehungsbedingungen haben ihre Ursache in äußeren Formen,dem Begriff "endogen", d.h. die Ursache liegt im Individuum selbst, gegenüber.
Kraepelin (1856 - 1926) differenziert zwischen anlagebedingten und erworbenen Störungen der Psyche des Menschen.
Kleist (1879 - 1960) bezeichnet Krankheiten als endogen, wenn die Krankheitsursache unbekannt ist, und exogen, wenn sie bekannt ist.
Freud (1856 - 1939) sieht in der endogenen Psychose eine besondere Form der Neurose.
Tellenbach spricht von einem "Endon", wenn eine Krankheit "weder auf Psychisches noch Physisches zurückführbar ist". Ausführlich lautet seine Definition: "Endogen ist all das im Menschen,was sich als Einheit der Grundgestalt im Geschehen immer wieder hervorbringt, zeitigt, seine Selbigkeit." (Tellenbach 1961, Seite 16)

Haase (1976, Seite 1) führt den Begriff der "endomorphen Depression" ein: "Ihr Erscheinungsbild hat keine sinnvolle und verständliche Beziehung mehr zur eventuell auslösenden Situation ... es wird vielmehr von innen heraus (endogen) bedingt durch Veranlagung des Kranken".
Für Glatzel bedeutet "endogen" weitgehend dasselbe wie kryptogen oder einfach "unbekannte Ursache" (Glatzel 1974,Seite 20).
Bei Kendell (1976, Seite 17) findet sich auch eine Gegenüberstellung von endogen-psychotisch zu reaktiv-neurotisch, wobei neurotisch als mildere Verlaufsform mit besserer Prognose und psychotisch als schwere Form mit schlechterer Prognose verstanden wird.

II.2.c) Endogene Depression

Im Diagnoseschlüssel der WHO (1980, 9. Revision, Seite 39ff) fällt die "endogene Depression, bisher nur monopolar", unter den Oberbegriff der "Affektiven Psychosen". Als "dazugehörige Begriffe" werden genannt: "Depressive Psychose, Endogene

Depression, Involutionsdepression, Affektive Psychose, depressive Phase, Monopolare Depression, Psychotische Depression."

In der einschlägigen Literatur findet sich keine einheitliche Definition für den Begriff "endogene Depression". In der vorliegenden Arbeit wird bewußt auf eine eigene Definition des Begriffs der endogenen Depression verzichtet, da bei der geplanten Analyse der unter (II.1) genannten Arbeiten die von den jeweiligen Autoren verwendeten Definitionen hingenommen werden müssen. Eine Zusammenstellung der jeweilig verwendeten Definition findet sich auf Seite 49.

II.2.d) Soziale Schicht

Die Definition der sozialen Schicht ist nicht weniger unklar. Eine Gesellschaft kann in relativ homogene Gruppen gegliedert werden, die sich hinsichtlich ihrer Lebensbedingungen, Verhaltensweisen, Normen und Einstellungen voneinander unterscheidet.So gibt z.B. Bolte folgende Definition: "Diejenigen Mitglieder eines sozialen Gebildes, die nach einem (oder mehreren) Merkmal(en) als gleich (oder annähernd gleich) anzusprechen sind, werden als eine Sozialkategorie bezeichnet. Verbinden sich mit dem Gliederungsmerkmal Wertvorstellungen, so daß die verschiedenen Sozialkategorien als höher oder tiefer erscheinen, und kommt es in diesem Höher und Tiefer zu verhaltensspezifischen Abstufungen, so haben wir Schichten vor uns" (Bolte, zitiert nach Rathgeber 1975, Seite 33). Fuchs definiert "Schicht soziale" als Bevölkerungsgruppe, deren Mitglieder bestimmte gemeinsame Merkmale besitzen und sich dadurch von anderen Bevölkerungsgruppen in einer als hierarchisches Gefüge vorgestellten Sozialstruktur unterscheiden.
Eine allgemein anerkannte Definition des Begriffs der sozialen Schicht gibt es bis heute trotz seiner Bedeutung und zahlreicher Definitionsversuche nicht. Es ist daher stets notwendig, genau festzulegen, was unter sozialer Schicht verstanden werden soll." (Fuchs 1973, Seite 586).

Problematisch ist die Frage, aufgrund welcher Merkmale die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht bestimmt wird. Die Folge davon ist, daß in den unter (II.1) genannten Untersuchungen die "sozialen Schichten" in unterschiedlicher Weise definiert werden. Wie später genauer ausgeführt werden wird, benutzen einige Autoren einzelne z.T. unterschiedliche Indikatoren wie das Einkommen, die Schulbildung, den Beruf, die Wohngegend, oder aus diesen Variablen gebildete Kombinationen.

II.3. Methode

Die Auswahl der Literatur wurde bewußt auf den nord-mitteleuropäischen Raum und die USA beschränkt, da sich Schwierigkeiten der Übertragbarkeit der oben genannten Begriffe und Definitionen auf außereuropäischen Kulturen ergeben. Begriffe, die innerhalb Europas oder den USA gelten, können nicht einfach als Maßstab für andere Kulturen genommen werden. Wie Sartorius feststellte (1973, Seite 481), kann das Wort "Depression" z.B. nicht in das Chinesische übersetzt werden. Die Symptomatik, die in Amerika grundlegend für eine Depression ist, fehlt in China. Pfeiffer (1978, Seite 3150) bestätigt ebenfalls, "daß in vielen Kulturen wie China, Indonesien, Nigeria ein Konzept der Schwermut" und auch eine entsprechende sprachliche Bezeichnung fehlt" (Zitat nach Prince 1968, Tseng und Hsu. Von Pfeiffer 1978, S. 3150).
"Depressionen werden dort nur selten als psychische Erkrankungen erkannt, eher werden sie als körperliche Störung interpretiert oder überhaupt nicht zur Kenntnis genommen (Pfeiffer 1978, Seite 3150). Die folgende Tabelle von Pfeiffer (1968, Seite 156) soll zeigen, daß die Symptome, nach welchen im europäischen Raum eine "Depression" diagnostiziert wird, starken kulturellen Schwankungen unterliegen und somit als Depression im "europäischen Sinne" nicht erkannt wird.

	Zahl der Patienten	Hypochondrie	Verarmung	Schuld/Sühne	Leistung	Verfolgung/ Beeinträchtigung	Ausnahmezustände/ hysterif. Verhalten	Suicidtenzenz
Japan (KIMURA)	350	++	++	++	++			++
Nord-Indien (E.HOCH)	53	+++	++	++	++	+	++	++
Süd-Indien (V.RAO)	30	+++		++				+++
Indonesien (PFEIFFER)	53	++	+	+	+	+	+	+
Vietnam (WULFF)		+++	++	++			++	+
Algerien (SUTTER)		+++		+			++	
Ghana (FORSTER)		+++		++		++		
Senegal (COLLOMB)	95	+++		o	o	+++		+
Westafrika, Militär (AUBIN)		+++		++	++	++	++	++
Bulgarien (KIROW)	125	++	++	++	++	++		+++

Tab. 1. Das Vorkommen verschiedenen Verhaltens in verschiedenen Kulturen. Bedeutung der Zeichen: +++ häufig, ++ mäßig häufig, + selten, o fehlt.

Obwohl Tellenbach (1969, Seite 100) glaubt, endogene Psychosen "in bestimmten Ausformungen auch ohne die zureichenden Sprachkenntnisse" erkennen zu können, oder Berne (zitiert nach Wulff, 1972, Seite 269) behauptet, "daß die großen Psychosen in 25% der Fälle auf den ersten Blick zu diagnostizieren sind, in weiteren 25% nach wenigen Minuten des Hinsehens und Hinhörens, und in den restlichen 50% überall mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen sei", wird gerade dies von anderen Autoren in Frage gestellt. (Wulff 1972, Pflanz 1969). Nach Wulff (1972, Seite 280) "sind Sprachkenntnisse nicht nur für die Analyse der verbalen Äußerung wichtig", sondern gerade

auch für die nonverbale Kommunikation wie Mimik und Gestik. Sie sind nur in Verbindung mit der jeweiligen Sprache interpretierbar. Auch bei genauester Übersetzung (z.B. durch Dolmetscher) wird bei mangelnder Sprachkenntnis des Untersuchers gerade auf der "metakommunikativen" Ebene viel verloren gehen, oder mißverstanden werden. Für Pflanz (1969, Seite 90) steht fest, daß genaue Kenntnisse der jeweiligen Kultur notwendig sind, und daß eine endogene Depression nur dann diagnostiziert werden kann, wenn entsprechende Sprachkenntnisse vorhanden sind.

Als weiteres Problem stellt sich die Frage, welche Symptome einem Arzt mitgeteilt werden, welche eventuell als "Mißgeschick, Unglück oder Heimsuchung empfunden" werden (Pflanz 1969, Seite 92) und somit vom Patienten als nicht zur Krankheit gehörig angesehen werden. Aus den oben genannten Gründen bezieht sich, wie schon erwähnt, diese Arbeit auf Untersuchungen aus verbleichbaren Gesellschaften, nämlich auf westliche Industrienationen. (z.B. England, Deutschland, Wales, Norwegen, U.S.A., Schweiz).

II.4. Die endogene Depression unter verschiedenen Gesichtspunkten

II.4.a) Klassifikation

Die folgende Tabelle von Linden (1977, Seite 64, er bezieht sich auf die Einteilung von Kendell 1976, Seite 16) führt verschiedene Klassifikationsversuche der "Depression" auf und zeigt damit, daß nach wie vor Unstimmigkeiten zwischen den einzelnen Autoren herrschen. Um eine Ausgangsbasis für vergleichende Untersuchungen zu haben, wäre eine einheitliche Einteilung der depressiven Symptomatik wünschenswert. Als positiver Versuch dazu sind die Bemühungen der WHO mit dem "Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten 1980" zu werten.(Siehe Seite 4)
Die Tabelle soll zeigen, daß nach wie vor Unstimmigkeit zwischen den einzelnen Autoren herrscht.

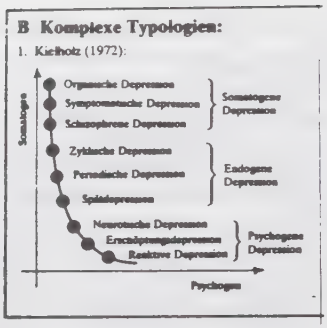
A Einfache Typologien:

Anzahl der Kategorien, in die die depressive Somatik eingeteilt wird:	Autor und Klassifikation:
1 Kategorie	1. Lewis (1971): Depressive Erkrankung
2 Kategorien	1. Roth et al. (1972): Endogene Depression; Neurotische Depression 2. Haase (1976): Endomorphe Depression; Exomorphe Depression
3 Kategorien	1. Overall et al. (1976): Ängstlich-gespannte Depression; Feindselige Depression; Retardierte Depression
4 Kategorien	1. Pakel (1971): Psychotische Depression; Ängstliche Depression; Feindselige Depression; Jugendliche Depression mit Persönlichkeitsstörung 2. Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (International Classification of Diseases 1971): manisch-depressive Psychose (ICD 296. 1–3)*; Involutionsdepression (ICD 296.0); Reaktive depressive Psychose (ICD 298.0); Depressive Neurose (ICD 300.4)
5 Kategorien	1. Blinder (1966): Physiologische retardierte Depression; gespannte Depression; schizo-affektive Depression; Depression als Folge eines Lebensproblemes; Depression als Vorläufer einer organischen Erkrankung
6 Kategorien	1. Angst (1969): anergisch-depressives Syndrom; gehemmt-depressives Syndrom; agitiert-depressives Syndrom; ängstlich depressives Syndrom; hypochondrisch-depressives Syndrom; phobisch-zwanghaft-depressives Syndrom; aggressives-depressives Syndrom; dysphorisch-depressives Syndrom; zerfahren-depressives Syndrom; vegetativ-depressives Syndrom; larviert-depressives Syndrom

Tab. 2: Die zur Zeit üblichen Einteilungsformen der depressiven Symptomatik (Linden 1977, Seite 64)

Eine Klassifikation der Depression kann unter verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen:

1. An dem klinischen Erscheinungsbild orientiert, wobei die Krankheitsursache nicht mehr einbezogen wird.
2. Nach der nosologischen, d.h. der systematischen Beschreibung des Krankheitsbildes. Siehe dazu Kielholz (1974, Seite 14).



Tab. 3: Nosologische Einordnung der Depressionszustände
(Kielholz 1974, Seite 14)

II.4.b) Häufigkeit

Die Zahl der Menschen, die an "depressiven Störungen" leiden, wird von der WHO auf 100 Millionen geschätzt (Walcher 1975, Seite 2057), das entspricht 3-4% der Weltbevölkerung. 20 Millionen sollen an endogenen Depressionen leiden. (Idris, E. 1974, Seite 10). Nach statistischen Angaben steigt die Zahl noch weiter. Dieser Anstieg wird von Walcher nicht alleine auf eine verbesserte Diagnostik zurückgeführt, sondern auf eine wirkliche Zunahme dieser Erkrankungen (Walcher 1975, Seite 2057).

II.4.c) Geschlechtsabhängigkeit

Sowohl Nielsen (1977) als auch Adelstein (1968), Hare (1956), Häfner und Reimann (1972) bestätigen ein häufigeres Auftreten von endogenen Depressionen bei Frauen. Nach Schulte-Tölle (1975, Seite 212) beträgt das Verhältnis von Frauen zu Männern 7:3. Als häufigstes Erkrankungsalter wird bei Frauen das 4. und 6. Lebensjahrzehnt, bei Männern das Alter von 40-60 angegeben.

II.4.d) Heredität

Laut Zerbin-Rüdin ist eine erbliche Belastung für die Erkrankung an einer endogenen Depression gesichert, allerdings kann "über den genauen Erbgang noch keine definitive Aussage gemacht werden" (Zerbin-Rüdin 1974, Seite 37).

II.4.e) Konstitution

Von Kretschmer (1961) wird berichtet, daß unter Patienten mit der Diagnose "zyklotyme Psychose" auffällig viele mit pyknischem Körperbau zu finden sind (Schulte-Tölle 1977, Seite 225, Dietsch 1977, Seite 268). Angst (1966) hingegen fand bei seinen Patienten, "daß zwar enge Beziehungen zwischen pyknischem Habitus und heiterer Persönlichkeit bestehen, daß aber die Korrelation zu den endogenen Depressionen weit geringer ist, als es bisher den Anschein hatte. Endogen Depressive sind auffallend häufig auch leptosom oder schizothym". (Angst 1966, Seite 51).

II.4.f) Diagnose und Differentialdiagnose von Depressionen

(Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Klerman 1975). Die Schwierigkeit eine "Depression" als klinisch behandlungsbedürftig einzustufen liegt darin, daß die Grenzen zwischen der Depression als "normaler" menschlicher Stimmung bzw. Verstimmung und der schweren klinischen Depression sehr unklar zu ziehen sind. Wo hört die "normale" Verstimmung auf, welche Fälle sind als "borderline" - Fälle zu sehen? Welche Ausprgung muß eine schwere Depression haben, um als solche klassifiziert zu werden? Ohne genaue klinisch-diagnostische Kriterien ist die "Fallfindung" für epidemiologische Untersuchungen schwierig, ist die Aussagekraft nicht richtig zu ermessen, sind genaue Angaben von Inzidenz und Prävalenz nicht zu machen.

Laut Klerman (1975, Seite 1007) werden 4 Kriterien in der klinischen Praxis verwendet, um eine "Depression" zu diagnostizieren:

die Intensität
die Dauer
die Ereignisse vor dem Auftreten der Depression
die Art des psychopathologischen Erscheinungsbildes.

Die Intensität ist ein relativ schwer zu messender Faktor. Mit Hilfe von "Self-rating-scales" (Selbsteinschätzungsversuch der Patienten anhand von genormten Fragebogen) oder z.B. dem von Beck (1961) (zitiert von Klerman 1975, Seite 1007) herausgegebenen Fragebogen soll versucht werden, die Abgrenzung eines "normalen" und eines "pathologischen" psychischen Status zu vereinfachen, bzw. überhaupt erst zu ermöglichen.
Über die Dauer einer Depression liegen zwar emipirische Daten vor, doch stößt man hier auch auf Schwierigkeiten, da ein Beginn der Phase nicht exakt zu ermitteln ist. Bei der Suche nach auslösenden Ursachen einer endogenen Depression, ist der Psychiater zum größten Teil noch auf Vermutungen oder Spekulationen angewiesen. Am einfachsten erscheint es noch den Übergang vom "normalen" zum "pathologischen" Zustand durch das Vorhandensein von bestimmten klinischen Erscheinungen (z.B. Wahnideen, Halluzinationen, Suizidversuchen) festzustellen.
(Klerman 1975, Seite 1007).
Da eine "Depression" in ihrem psychopathologischen Erscheinungsbild nicht nur als "Syndrom", sondern auch als Begleitsymptom von verschiedenen anderen psychischen Erkrankungen auftreten kann, ist die Differentialdiagnose von großer Wichtigkeit.
Zu nennen wären in diesem Zusammenhang aus der Vielzahl der Möglichkeiten als Beispiele von Scharfetter und Angst (1978, Seite 914) zusammengefaßt:

- Depressionen auf körperlicher Grundlage bei allgemeinen Körperkrankheiten
- Depressionen bei Hirnkrankheiten, sog. organische Depressionen
- Depressionen als Begleiterscheinungen (Reaktion) auf das schizophrene Leiden.

Als klinische Varianten der Depression werden von Arieti (1974, Seite 458-459) genannt:

1. Die "einfache Depression", die charakterisiert ist, durch die relativ milde Ausprägung der Symptome. Wahnideen und Halluzinationen können fehlen. Suizidgedanken und -versuche sind auch bei dieser Form anzutreffen.
2. Die "akute Depression", deren Symptomatik verstärkt ist,
3. Die "paranoide Depression", bei der Wahnideen vorherrschen.
4. Der "depressive Stupor", die am weitesten fortgeschrittene Form.

Kielholz (1973, Seite 113) wiederum teilt die Depression vom klinischen Erscheinungsbild her, in 3 große Gruppen ein:

1. Somatogene Depressionen, bedingt durch körperliche Krankheit oder Funktionsstörungen.
2. Psychogene Depressionen, die nachweislich auf seelische Ursachen zurückführbar sind.
3. Endogene Depressionen, die sich sowohl von der Entstehung, ihrem eigengesetzlichen Verlauf und durch ihre psychopathologischen Befunde von der neurotischen Depression abheben.

Schließlich noch die Formen der Depression, die im Handbuch der Psychiatrie von Müller (1973, Seite 116ff) aufgeführt werden. "Cyclothyme und cyclische-endogene, -hypochondrische, -larvierte, -organische, -periodisch-manisch-depressive, -psychogene, -reaktive, -somatogene, Depression". Als Sonderformen werden noch genannt: "Entlastungs-, -Entwurzelungs, -Erschöpfungs, -Existentielle, -Involutions, -Klimakterische, -neurotische, -Umzugs, -Untergrund, und vegetative Depression." Diese Auflistung soll zeigen, daß der "endogenen Depression" differentialdiagnostisch eine große Anzahl Depressionen gegenübersteht, die oft fließend ineinander übergehen, bzw. sich schwer gegeneinander abgrenzen lassen. In den in Teil III. der vorliegenden Arbeit aufgeführten Untersuchungen, war es z.T. schwierig herauszufinden, welche Form der Depression der einzelne Untersucher nun wirklich meinte.

II.4.g) Zur Symptomatologie der "endogenen Depression"

Die folgenden aufgeführten Symptome werden als typisch für den nordeuropäischen Raum und die USA verstanden (Levitt, 1975; Lorr et. al., 1967; Schwab 1967 et.al). Als somatische Störungen werden genannt: Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit aber auch Gewichtszunahme, Verstopfung, Anorexia, Hypothermie, Libido und Potenzschwäche, Impotenz, Menstruationsstörungen, Amenorrhoe, Frigidität, vorgealterte Gesichtszüge, welke Haut und psychomotorische Verlangsamung. Die psychische Symptomatik zeigt nach Weitbrecht (1973 a), Seite 107) als häufigstes Symptom die "vitale Traurigkeit", die Kranken "leiden weniger unter dem Gefühl der Traurigkeit als vielmehr darunter, weder normale Freude noch Trauer erleben zu können".Als weitere Symptome werden von Weitbrecht (1973 a)) genannt: Wahnideen, spezielle hypochondrischer Wahn, Versündigungs- und Verarmungswahn, moralische Schuldgefühle, "Seinsschuld" ("Der Kranke fühlt sich als der Verderber der Welt";Weitbrecht 1973, Seite 109). Enke führt als weitere Symptomatik Mangel an Lebensfreude, Schwunglosigkeit, Arbeitsunlust, Ruhelosigkeit, Hemmung der Denk- und Willensfunktion, Antriebsschwäche und Suizidgedanken (Enke 1970, Seite 508). Als charakteristisch gelten die Tagesschwankungen mit einem"Morgentief" (d.h. die depressive Symptomatik ist in den Morgenstunden am ausgeprägtesten) und einer Verbesserung der Symptome am Abend.

II.4.h) Auslösende Ursachen

Es erscheint widersprüchlich, von einer "endogenen Depression" zu sprechen (da endogen, wie vorher ausgeführt, von vielen Autoren als "von innen heraus kommend" definiert wurde) und gleichzeitig nach Auslösefaktoren zu suchen. Die Beantwortung der Frage nach auslösenden Faktoren fällt ebenso unbefriedigend aus wie der Versuch, eine allgemein anerkannte Definition zu finden. Nach wie vor ist man auf Vermutungen und Hypothesen angewiesen. Je nach Schulmeinung werden somatogene,

psychogene oder soziogene Auslösefaktoren postuliert oder verneint. Weitbrecht (1973 a),Seite 112) für den endogenen Psychosen eine "ausgesprochen konstitutionell-biologisch fundierte Krankheit" darstellen, glaubt, daß nur von denjenigen Autoren, "die das Problem der endogenen Psychose bis heute noch nicht verstanden haben, allen möglichen Widrigkeiten im täglichen Leben die Funktion eines auslösenden Faktors zugesprochen wird". Seiner Meinung nach bricht eine endogene Psychose dann aus, "wenn gleichsam ihre Zeit gekommen ist" (Wecker - Uhr - Prinzip) (Weitbrecht 1973 a), Seite 112). Sowohl für Weitbrecht als auch für Schneider (1973) liegt den endogenen Psychosen eine noch immer unbekannte "Somatose" zugrunde. Auch Enke (1970, Seite 507) hält die "echte endogene Depression" für umweltstabil. Psychische Konflikte werden nicht als auslösende Faktoren gewertet, sondern stellen bereits erste "Versagenssymptome" dar. Lenz (1969, Seite 5753) vertritt in seinem Artikel die Anschauung, daß durch soziokulturelle Bedingungen zwar neurotische, aber wahrscheinlich keine endogenen Depressionen verursacht werden können. Mit der Tabelle von Kornhuber aus dem Jahre 1955 (zitiert nach Matussek 1971, Seite 26) soll ein Hinweis gegeben werden, der die große Schwankungsbreite (3% - 70%),die bei Untersuchungen über die Häufigkeit von psychischen Anlässen gefunden wurde, aufzeigt. Kornhuber (vergl. Matussek 1971, Seite 25) macht auf einen deutlichen Abfall der prozentualen Zahlenangaben nach dem ersten Weltkrieg aufmerksam. Diese Tatsache wird von ihm nicht nur auf eine sich verändernde Diagnostik zurückgeführt, sondern auf eine vor dem ersten Weltkrieg tatsächlich häufigere psychische Auslösung. Eine Interpretation dieser Aussage bleibt aus. Matussek (1971, Seite 26) glaubt, diese Befunde eher auf eine Betonung der Endogenität, auf das "Nicht-Veranlaßte" zurückführen zu können. Die niedrigen Zahlenangaben von Schneider K. werden auf dessen Annahme einer zugrundeliegenden, aber noch unbekannten Somatose zurückgeführt (zitiert nach Matussek 1971, Seite 27). Schneider K. läßt als auslösende Ursache nur den Tod von Angehörigen und Umzug gelten. Andere Ursachen werden nicht als Anlaß gewertet.

Autor	Jahr	Auslösungen % psychische	Bemerkungen
Schott	1903	38	Begriff der Depression noch unscharf
Lipschitz	1905	54	nur bei erstmaligen Depressionen
Dreyfus	1907	35	nur bei Melancholien
Ziehen	1911	70	nur bei erstmaligen Depressionen
Rehm	1919	17	
K. Schneider	1937	3,1	
Bumke	1948	5,6	ohne klimakterische Depression
Bleuler	1949	10	
Hege	1951	7,5	
Kinkelin	1954	ca.16	

Tab. 4: Übersicht über die Häufigkeit von psychischen Anlässen (Kornhuber 1955) (siehe Matussek 1971, Seite 26)

Ob die Ausssagen über eventuell existierende Ursachen zuverlässig sind, hängt von vielen Faktoren ab:

1. der Methode
2. von der Einstellung des einzelnen Untersuchers
3. von den Faktoren, die vom Patienten als in Frage kommende Ursachen gewertet werden
4. ob er die Ursache dem Arzt mitteilt
5. ob sie seinerseits vom Arzt als Ursachen anerkannt und bewertet werden.

II.4.i) Biochemische Ursachen

Nach Birkmayer, Matussek, Schau, Smythies, Coppen, Selbach und anderen scheint den endogenen depressiven Phasen eine Störung im Stoffwechsel der Katecholamine zugrunde zu liegen (Weitbracht 1973 a, Seite 105)."Bei den manisch-depressiven Syndromen steht vor allem eine Noradrenalin- und Serotonin-Hypothese zur Diskussion, bei Depressionen soll ein Noradrenalinmangel bestehen" (Lemke, Rennert 1979, Seite 420). "Trotz der großen

Zahl der biochemischen Untersuchungen und einer Fülle von Ergebnissen der letzten Jahrzehnte kann von einer Biochemie der Psychose noch keine Rede sein" (Dietsch 1977, Seite 288). Gülsdorff, der in seiner Arbeit verschiedene Untersuchungen der "biologischen Psychiatrie" hinsichtlich Neurotransmitterstörungen als auslösende Ursache für endogene Depressionen zusammenfaßt, kommt zu folgendem Resultat: Die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen sind widersprüchlich und lassen zum jetzigen Zeitpunkt noch keine definitive Aussage zu, ob diese Neurotransmitterstörungen verantwortlich für die Auslösung von endogenen Depressionen sind, oder ob nicht die endogenen Depressionen die jeweiligen biochemischen Störungen verursachen (Gülsdorff 1980, Seite 26). Für eine umfassende Zusammenstellung der Daten sei auf die Arbeiten der oben genannten Autoren verwiesen.

II.4.j) Soziale Ursachen

Den Untersuchungen zur Schichtabhängigkeit der endogenen Depression liegt die Hypothese zugrunde, daß es in der Wechselbeziehung eines Individuums mit seiner sozialen Umwelt irgendwelche Faktoren gibt, die als auslösende Ursache für die Entstehung einer endogenen Depression in Betracht kommen. Als Beispiele wären zu nennen:

1. Lebensbedingungen (z.B. Wohnverhältnisse, Chancen am Arbeitsmarkt, Einkommen...).
2. gestörte Beziehungen in sozialen Primärgruppen (Familie, Nachbarschaftsgruppe...).
3. Rollen- oder Normkonflikte.

Wenn derartige Ursachen eine Rolle spiele würden, dann müßten endogene Depressionen schichtabhängig sein, da die genannten Faktoren zwischen den einzelnen Schichten stark divergieren. Ob dies der Fall ist, soll in dem folgenden Teil III überprüft werden.

II.4.k) Theoretische Überlegungen zur Genese endogener Depressionen

Aus der Vielzahl der Theorien sollen nur zwei herausgegriffen werden, da sie eine Soziogenese nicht ausschließen.

Verhaltenstheoretischer Ansatz:
Förster (1965-75) hat als erster den Versuch unternommen, depressives Verhalten aus verhaltenstheoretischer Sicht zu erklären. (Vgl. Hoffmann 1976, Seite 29). Seine funktionelle Analyse des depressiven Verhaltens beinhaltet 3 Schritte:

1. Werden die für eine Depression typischen Verhaltensweisen anhand klinischer Daten objektiv definiert.
2. Werden die Häufigkeitsunterschiede dieser typischen Verhaltensweisen gezählt. (Nach Försters These unterscheiden sich "Normale" und "Depressive" durch die verschiedenen Häufigkeiten der depressiven Verhaltensweisen. Hoffmann 1976, Seite 37).
3. Wird versucht die Bedingungen zu finden, die für diese "Verhaltenshäufigkeiten" verantwortlich sind. Sind diese Bedingungen gefunden, ergeben sich hieraus Ansätze für Veränderungen in "Richtung Normalität" (Hoffmann 1976, Seite 38).

Kognitive Ansätze:
Als Beispiel sei die Theorie von Seligmann (1976) aufgeführt, der Depressionen als "gelernte Hilflosigkeit" betrachtet (er selbst vermutet,daß dieses Modell "hauptsächlich für reaktive Depression zutrifft", aber,"daß eine endogene der reaktiven Depression in vielem ähnelt" (Hoffmann 1976, Seite 60).
Der Begriff der gelernten Hilflosigkeit drückt aus, daß ein Depressiver in der Erwartung lebt seine Umgebung durch sein Verhalten nicht beeinflussen zu können und daß diese "Nichtkontrolle" zu Depression führen kann.

III. Hauptteil

Im nun folgenden Teil wird eine Definition von Inzidenz und Prävalenz gegeben, die vorhandenen Untersuchungen chronologisch geordnet und eine zusammenfassende Diskussion mit dem Versuch einer Beurteilung der Untersuchungen abgeschlossen.

Vorbemerkung: Um das Vorkommen der endogenen Depression in den einzelnen Schichten quantifizieren zu können, müssen noch einige Begriffe erläutert werden.

1. Definition der Inzidenz

Die Inzidenz wird definiert als "Anzahl der Neuerkrankungen in einer Population während eines bestimmten Zeitraums" (Hollingshead u. Redlich 1975, Seite 121).

Definition der Prävalenz

Unter Prävalenz versteht man "die Anzahl der Fälle einer bestimmten Krankheit, die in einer Bevölkerungsgruppe während eines bestimmten Zeitraums anzutreffen ist" (Hollingshead u. Redlich 1975, Seite 121).
Zu unterscheiden sind die "Punktprävalenz", d.h. die Prävalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt, meist einem Tag, von einer "Periodenprävalenz" bezogen auf Wochen, Monate, ein Jahr oder länger, und der "Life-time-Prävalenz" (Silverman 1968, Seite 884). Letztere gibt an, "wie groß bei einer Person mit mittlerer Lebensdauer die Wahrscheinlichkeit ist, eine bestimmte Krankheit zu bekommen" (Pflanz 1973, Seite 56).
Die Prävalenz und Inzidenz unterscheiden sich dadurch, daß erstere"alle Fälle einer gegebenen akuten Krankheit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe während eines bestimmten Zeitraums berücksichtigt". (Hollingshead u. Redlich 1975, Seite 121).
Die Inzidenz hingegen bezieht sich nur auf die neueintretenden Fälle. Beide sind statistische Grundbegriffe der Epidemiologie, die jedoch unterschiedliche Aspekte des Problems der Krankheitsverteilung in der Gruppe aufzeigen (Hollingshead u. Redlich 1975, Seite 121).

2. Chronologische Zusammenstellung der einzelnen Untersuchungen

In dem Artikel "Schizophrenia, manic depressive psychosis and social economis status" von 1942 fassen Tietze, Lemkau und Cooper die Ergebnisse von Stern in Freiburg und Frankfurt, von Nolan in New York und von dem "Bureau of the census", ebenfalls New York zusammen.
Stern untersuchte 1926 männliche Patienten, die im Zeitraum von 1906 bis 1912 in der psychiatrischen Anstalt in Freiburg aufgenommen wurden. Bei 154 dieser Patienten wurde die Diagnose "manisch-depressive" gestellt. Die Zuordnung zu einer bestimmten sozialen Schicht erfolgte aufgrund des Berufes.

Occupational Group	Schizophrenia	Manic Depressive	Ratio
Artisans - proprietors and wage workers	64	25	2.6
Farmers and rural laborers	74	30	2.5
Factory workers and urban laborers	51	22	2.3
Business-proprietors and salaried employees	27	37	0.7
Professional men and public officials	25	40	0.6
Total	241	154	1.6

Tab.5: Aufnahme von männlichen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und manisch depressive Psychose in Abhängigkeit vom Beruf in Freiburg in den Jahren 1906--1912 (Stern 1926, Seite 169)
(eigene Übersetzung, siehe dazu Tietze, Lemkau, Cooper 1941-42, Seite 169)

Das Ergebnis zeigt, daß unter Arbeitern und Bauern Schizophrenie häufiger zu finden war als manisch-depressive Psychosen, während unter Geschäftsleuten und in der "professional group" mehr Manisch-Depressive als Schizophrene gefunden wurden. In seiner Untersuchung in Frankfurt (1925) kam Stern zu demselben Ergebnis.

Die Untersuchung von Nolan (1918) in New York bezieht sich auf die Patienten, die zwischen 1909 und 1917 als Erstaufnahmen in die "New York State hospitals" kamen. Bei 2080 männlichen Patienten wurde die Diagnose "manisch-depressiv" gestellt. Zur Grundlage für eine berufliche Klassifizierung der Patienten verwendete Nolan den detaillierten "United States Census". Er fand bei der nicht-bäuerlichen Population das gleiche Verteilungsmuster wie Stern. Unter den "professional men" traten Schizophrene und Manisch-Depressive ungefähr gleich häufig auf, bei Arbeitern dagegen im Verhältnis 3:1.

Social-Economis Group	Schizophrenia (1909 - 16)	Manic-Depressive (1909 - 17)	Ratio (Adjusted)
Nonfarm laborers	848	339	2.9
Semiskilled operatives and service workers	956	585	1.9
Craftsmen and other skilled workers	807	415	2.2
Business group+	562	369	1.7
Professional workers	65	70	1.1
All nonfarm workers	3238	1778	2.1
Farmers and farm laborers	245	201	1.4
No occupation or unascertained	209	101	2.4
Grand total	3692	2080	2.0

+Nonfarm proprietors, managers, and officials, semiprofessional. clerical, sales and kindred workers

Tab.6: Erstaufnahme von männlichen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie oder manisch-depressive Psychosen in den New York Civil State Hospitals gegliedert nach Einkommensgruppen (1909-1917) (Nolan 1918)
(eigene Übersetzung, siehe dazu Tietze,Lemkau,Cooper 1941, Seite 171)

Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse des "U.S. Bureau of the Census" von 1933. Sie beziehen sich auf die Erstaufnahme von Patienten in allen staatlichen Krankenhäusern. Als Vergleich wurden noch Angaben aus privaten Kliniken hinzugefügt. Es wurde die Abhängigkeit der Schizophrenie und manisch-depressiven Psychose von Wohnort, Einkommen und Geschlecht untersucht.

Type of Hospital, Residence, and Economis States	Males			Females		
	Schizophrenia	Manic Depressive	Ratio	Schizophrenia	Manic Depressive	Ratio
State hospitals						
Rural-dependent	575	400	1.4	481	475	1.0
Rural-marginal	1146	849	1.3	796	755	1.1
Rural-comfortable	197	218	0.9	171	180	0.9
Urban-dependet	1263	482	2.6	1088	756	1.4
Urban-marginal	3406	1454	2.3	3043	1933	1.6
Urban-comfortable	311	255	1.2	422	417	1.0
Privat hospitals	799	902	0.9	1014	1336	0.8

Tab. 7: Erstaufnahme von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie oder manisch-depressive Psychosen in staatliche Krankenhäuser in Abhängigkeit vom Wohnort, wirtschaftlichen Status und Geschlecht und in private Krankenhäuser in Abhängigkeit von Geschlecht in den USA, U.S. Bureau of the Census, Patients in Hospitals for Mental Diseases, 1933 (Washington: Government Printing Office, 1935) (eigene Übersetzung, siehe dazu Tietze, Lemkau, Cooper 1941-42, Seite 172)

Ergebnis: Manisch-Depressive waren in der ländlichen Bevölkerung seltener anzutreffen als Schizophrene, während sie in der städtischen Gruppe der "marginals" am häufigsten zu finden waren. Tietze, Lemkau und Cooper schließen aus diesen Untersuchungen (zusätzlich der von Faris und Dunham 1939 in Chicago s.u.),daß Schizophrenie in den unteren Schichten, manisch-depressive Psychosen dagegen in den oberen Schichten gehäufter vorkommen.

Die Studie von Lemkau, Tietze und Cooper 1941 bezog sich auf Untersuchungen von 1936 im "Eastern health district" von Baltimore, der damals 57 000 Einwohner hatte, davon 25 % Farbige. Es wird betont, daß in diesem Gebiet das Einkommen sowohl der Farbigen als auch der Weißen unter dem Durchschnitt der restlichen Stadt lag. Die statistischen Daten über die Patienten wurden aus 43 Institutionen (staatliche, private, Krankenhäuser, Einrichtungen wie Polizeistationen usw.) gesammelt. Die Diagnosen wurden übernommen, die Autoren untersuchten keinen Fall selbst. Die Unterteilung der Geisteskrankheiten erfolgte nach einem eigenen System der Untersucher.Die Gesamtzahl der psychotischen Patienten, die in dem Untersuchungsjahr ermittelt werden konten, betrug 367, davon entfielen auf die Diagnose "manisch depressive Psychosen" 41. Dies entspricht einer Prävalenzrate von 0.7 pro 1 000 Einwohner. Weiterhin wurden 180 weiße Patienten, die unter einer von den Autoren nicht genauer definierten "Psychose" litten, nach Einkommensklassen eingeteilt.

		Rate per 1,000 of the population		
Family income	*Number of cases*	Crude rate	Age + sex adjusted rate	Standard error
Relief	20	5.22	6.53	1.30
Non-relief under $1,000...	69	4.96	4.70	.58
$1,000 to $1,500.....	52	3.88	3.85	.53
$1,500 to $2,000.....	27	3.87	3.79	.74
$2,000 and over.....	12	3.31	3.02	.91

* Excluding non-census individuals and those whose income was unknown.

Tab. 8: Einteilung von 180 mit der Diagnose "Psychose" in psychiatrische Kliniken eingewiesene weiße Patienten nach Familieneinkommen. (eigene Übersetzung, siehe dazu Lemkau, Tietze, Cooper 1942, Seite 106)

Die Autoren glauben, eine definitive Beziehung zwischen niedrigem Einkommen und Psychose gefunden zu haben, machen jedoch gleichzeitig die Einschränkung, daß die Anzahl der untersuchten Patienten zu gering war, um statistisch signifikante Beweise liefern zu können.

Faris und Dunham untersuchten 1939 u.a. die Verteilung 2311 Manisch-Depressiven in verschiedenen Stadtbezirken von Chicago. Unter Manisch-Depressiv verstehen sie Patienten, die einerseits

von extrem freudiger, andererseits von extrem depressiver Stimmung erfaßt werden (Faris und Dunham 1965, Seite 63). Im Gegensatz zum gehäuften Auftreten von Schizophrenen in ärmeren Gebieten zeigte sich eine gleichmäßige Verteilung der Manisch-Depressiven in allen Stadtbezirken.
Bei der Untersuchung der Korrelation von manisch-depressiven Psychosen mit einigen Indizes ("housing index" = Anteil der Hotels und Apartments an der Gesamtzahl der Unterkünfte, "culturel index" = durchschnittliche Schulbildung, "economic index" = monatliche Miete) zeigten sich jedoch hohe Korrelationskoeffizienten (ca. 0.5, siehe Faris und Dunham, 1965, Seite 77 ff) die dafür sprechen, daß die manisch depressiven Fälle gehäuft aus höheren sozialen Klassen kommen.

Clark untersuchte 1949 unter dem Aspekt "Psychose, Einkommen und Prestige" des Berufs 12 168 männliche Patienten, die zum ersten Mal zwischen 1923 und 1934 öffentliche und private psychiatrische Anstalten in Chicago in Anspruch nahmen. Die Unterteilung der Berufe erfolgte nach Einkommen und Prestige in 19 Gruppen, gestützt auf die Daten des "Bureau of the Census" (zur Klassifizierung der Psychosen siehe Tabelle 9).

Type of Psychosis	Occupational Factor	
	Income	Prestige
Schizophrenia, all types	-0.71	-0.81
Manis-depressive psychoses	-0.02	0.01
Senile psychoses and psychoses with arteriosclerosis	-0.57	-0.50
Alcoholic psychoses	-0.78	-0.92
General paralysis	-0.75	-0.73
Other psychoses	-0.53	-0.63
All psychoses	-0.75	-0.83

Tab. 9: Korrelation von psychischen Erkrankungen mit Einkommen und sozialen Prestige des Berufs (Clark 1949, Seite 440) (eigene Übersetzung, siehe dazu Clark 1949, Seite 440)

Die Untersuchung von Hollingshead und Redlich (1953) bezieht sich auf 1936 Patienten (sowohl weibliche als auch männliche), die am 1.12.1950 zum erstenmal entweder in einer staatlichen oder einer privaten psychiatrischen Klinik in New Haven aufgenommen wurden, oder bereits zu diesem Zeitpunkt in den Kliniken oder bei einem Psychiater in Behandlung waren (Inzidenz und Prävalenz). Die Diagnosestellung erfolgte durch Psychiater anhand der Symptomatologie, dem Beginn und der Dauer der Erkrankung. Die Klassifikation basierte auf dem System der "Veterans Administration". Zur Bestimmung der Klassen I - V wurden die drei Faktoren Wohngegend, Beruf und Ausbildung gewählt.

Ergebnis: Die Prävalenzrate für affektive Störungen war in den Schichten IV und V am höchsten. Hollingshead und Redlich betonen ausdrücklich, daß sich ihre Studie nicht mit "wahrer" oder "totaler" Prävalenz befaßt, sondern sich nur auf behandelte und diagnostizierte Fälle bezieht (1953, Seite 201). Dabei soll nochmals betont werden, daß definitionsgemäß die wahre Prävalenz gleichgesetzt wird mit Untersuchung der Erkrankten bezogen auf die Gesamtbevölkerung, die dann ebenfalls psychiatrischen Untersuchungen unterzogen werden müßte. In praxi hat dies nach Hollingshead und Redlich (1975, Seite 122) noch kein Forschungsteam erfüllt. Die genannten Autoren haben eine sehr sorgfältige Untersuchung an einer relativ großen Anzahl von Patienten durchgeführt. Zur Überprüfung ihrer Hypothese: "Die psychotischen Störungen sind schichtabhängig" verwendeten sie zwei Methoden:

1. Interner Vergleich, d.h. Aufteilung der Patienten nach Diagnose und Schichtzugehörigkeit (vergleiche Tabelle 10). Dieser kann nur erste Hinweise auf eine Schichtabhängigkeit liefern.
2. Eine eindeutige Aussage liefert erst der Vergleich der Schichtzugehörigkeit der Patienten mit der Schichtverteilung der Gesamtbevölkerung. Man erhält die Prävalenzraten (Tab. 11).

Diagnosekategorien	Schicht I-II	III	IV	V
Affektive Psychosen	21	14	14	7
Alkohol und Suchtpsychosen	8	10	4	8
Organische Psychosen	5	8	9	16
Schizophrene Psychosen	55	57	61	58
Alterspsychosen	11	11	12	11
n =	53	142	584	672

Tab. 10: Schichtspezifische Verteilung der psychiatrischen Patienten auf die verschiedenen Diagnosegruppen der Psychosen (nach Alter und Geschlecht bereinigt, in Prozent) (Hollingshead, Redlich 1975, Seite 143)

Art der Störung	Schicht I-II	III	IV	V
Affektive Psychosen	40	41	68	105
Alkohol und Suchtpsychosen	5	29	32	116
Organische Psychosen	9	24	46	245
Schizophrene Psychosen	111	168	300	895
Alterspsychosen	22	32	60	175
n =	53	142	585	672

Tab. 11: Schichtzugehörigkeit und Rate der verschiedenen Psychoseformen pro 100 000 der Population (nach Alter und Geschlecht gereinigt) (Hollingshead, Redlich 1975, Seite 147)

Die Untersuchung von Ödegard (1956) bezog sich auf die Erstaufnahmen von 34 457 Patienten, sowohl weiblichen als auch männlichen im Alter von 20-69, die in allen psychiatrischen Krankenhäusern Norwegens in der Zeitspanne von 1929 bis 1950 aufgenommen wurden. Als Schichtindex wurde der Beruf der Untersuchten genommen. Ödegard fand eine hohe Inzidenzrate für manisch-depressive Erkrankungen unter den Männern in der "professional group". Dies scheint seiner Meinung nach die Beobachtung zu verstärken, daß manisch-depressive Psychosen im Allgemeinen in der mittleren und oberen Schicht anzutreffen sind. Die Erklärung könnte aber auch sein, daß diese Gruppen depressive Patienten eher in psychiatrische Anstalten schicken (Ödegard 1956, Seite 95).

	Psychosis with epilepsy and w. mental deficiency	Schizophrenia	Reactive (psychogenic) psychosis	Manic-depressive	Others (mainly senile and arteriosclerotic)	General paresis	Alcoholic psychosis	Ratio of schiz. man. depr.
Seamen, crew ..	8·1	79·7	28·3	12·5	25·8	36·9	11·0	6·4
Farm labourers ..	12·9	60·1	19·4	8·7	7·6	1·8	1·0	6·9
Professional service	1·5	30·5	17·2	15·1	12·6	3·8	2·3	2·0
Farmers	3·6	41·9	12·4	10·8	7·2	1·1	·6	3·9
Labourers ..	6·6	35·0	14·5	5·8	9·7	6·7	4·3	6·0
Salesmen, waiters	2·6	24·4	16·6	11·7	11·2	17·3	13·0	2·1
Artisans	3·2	28·6	11·6	7·1	9·7	5·9	4·8	4·0
Public service ..	2·1	21·0	13·8	8·1	9·7	6·1	3·1	2·6
Clerks	·6	23·7	13·3	7·3	8·2	5·8	2·8	3·3
Owners and managers	2·7	22·6	9 7	10·4	7·7	7·8	8·4	2·2
Fishermen ..	3·7	28·7	8·4	7·0	5·1	1·8	·2	4·1
Seamen, officers ..	1·1	28·9	6·4	6·0	7·3	14·8	1·2	4·8
Technicians, chauffeurs	·6	15·7	8·6	3·1	4·5	6·8	2·3	5·1

Tab. 12: Standardisierte Aufnahmeraten von vollbeschäftigten Männern im Alter von 20-69 im Zusammenhang von Beruf und psychiatrischen Diagnosen. (eigene Übersetzung, siehe dazu Ödegard 1956, Seite 94).

In der Untersuchung von Brooke 1956 in England und Wales wurden die Erstaufnahmen in allen psychiatrischen Krankenhäusern gezählt. Die Aufnahmeraten in Abhängigkeit von der sozialen Schicht zeigt die höchste Einweisungsrate für Manisch-Depressive in der sozialen Klasse V (ungelernte Arbeiter). Es wurden nur männliche Patienten über 20 gezählt.

Diagnosis	Admissions	Social Class I	II	III	IV	V
All diagnoses	First	103	89	106	105	205
	Other	71	57	71	80	193
Schizophrenia	First	11	8	16	17	45
	Other	10	11	23	25	70
Manic-depressive reaction	First	32	26	31	29	52
	Other	28	22	23	27	52

Tab. 13: Aufnahmeraten per 100 000 von männlichen Patienten über 20 bezogen auf soziale Klassen im Jahre 1956 (eigene Übersetzung, siehe dazu Brooke 1959, Seite 901)

Hare untersuchte 1956 1264 männliche und 2040 weibliche Patienten, die zwischen 1949-53 als Erst- oder Wiederaufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser in Bristol kamen. Die Diagnosen wurden von den Psychiatern der jeweiligen Kliniken gestellt. In die Klassifikation "manisch-depressive Psychose" waren Involutionsdepression, atypische Depression, Depression im Senium und andere unspezifische Depressionen miteingeschlossen. Die Aufteilung Bristols nach Wohngebieten erfolgte nach der Anzahl der Einpersonenhaushalte, Wert der Wohnungen und der Bevölkerungsdichte.
Ergebnis: Die höchste Rate an manisch-depressiven Psychosen scheint in den Gebieten mit hohem sozialen Status vorzukommen. Der Korrelationskoeffizient zwischen dem Wert der Wohnungen und der Inzidenzrate für manisch-depressive Psychosen in den einzelnen Bezirken ergab sich immerhin zu 0,6. Nach Angaben von Hare kann dieses Ergebnis auch ein rein zufälliges sein. Auffallend ist sein folgender Hinweis: "The results for the distribution of schizophrenia and manic-depressive psychoses broadly confirm those of Faris and Dunham" (1956, Seite 354).

Diagnosis	A Good Central	B Poor Central	C Peripheral
Schizophrenia	86(67.2)	66(54.5)	94(125.6)
Manic-depressive psychosis	207(176.4)	119(126.0)	221(245.8)
Neurosis	106(142.9)	90(110.7)	206(251.8)
Senile Dementia	70(76.1	41(44.1)	62(59.1)
All Diagnoses	662(533.5)	391(392.5)	730(805.6)

Tab. 14: Beobachtet und (in Klammern) erwartete Anzahl der Diagnosen in Abhängigkeit vom Wohngebiet
(eigene Übersetzung, siehe dazu Hare 1956,Seite 354)

Malzberg untersuchte 1956 42563 weiße Patienten, die zwischen 1939-1941 zum ersten Mal wegen einer psychischen Erkrankung in öffentliche oder private Kliniken von New York State aufgenommen wurden. Die Unterteilung nach Einkommensverhältnissen erfolgte in drei Gruppen:

1. sogenannte "dependents" (= Sozialhilfeempfänger).
2. sogenannte "marginals" (= zwischen Selbstversorgung und Unterstützung Stehende).
3. sogenannte "comfortables" (= Personen, die Ersparnisse haben, um ihre Familie für mindestens 4 Monate zu versorgen).

Malzberg klassifiziert die Patientenpopulation nach den genannten ökonomischen Gruppen. Er stellt fest, daß sich die Gesamtheit der psychiatrisch erfaßten Patienten verglichen mit den Manisch-Depressiven unterschiedlich auf die einzelnen Klassen verteilt. Die Zahl der Manisch-Depressiven war in seiner "comfortable group" auffällig hoch.

Economic status	Negro				White			
	Males	Females	Number	Percent	Males	Females	Number	Percent
Dependent	9	14	23	18.1	126	207	333	9.8
Marginal	29	73	102	80.3	695	1312	2007	59.3
Comfortable	-	-	-	-	242	576	818	24.2
Unascertain	2	-	2	1.6	25	202	227	6.7
Total	40	87	127	100.0	1088	2297	3385	100.0

Tab. 15: Erstaufnahmeraten für manisch-depressive Psychosen in allen psychiatrischen Anstalten in New York State (1939-1941) (eigene Übersetzung, siehe dazu Malzberg 1956, Seite 260)

Economic Status	Negroes Males	Females	Number	Percentage	Whites Males	Females	Number	Perc.
Dependent	565	642	1189	30.4	5517	4528	10045	23.6
Marginal	1499	1096	2595	66.4	13630	11345	24975	58.7
Comfortable	27	20	47	1.2	2440	3217	5657	13.3
Unascertain	35	42	77	2.0	568	1318	1886	4.4
Total	2126	1782	3908	100.0	22155	20408	42563	100.0

Tab. 16: Erstaufnahmeraten für psychisch Erkrankte in allen Hospitälern von New York State 1939-41 (eigene Übersetzung, siehe dazu Malzberg 1956, Seite 258)

Munro (1966) untersuchte 153 Patienten im Alter von 16-60 Jahren, die 1964 im Zeitraum von 5 Monaten mit der Diagnose "primär depressive Erkrankung" in dem Gebiet von Edinburg aufgenommen wurden. Die Diagnosestellung erfolgte nach dem "Hamilton symptom inventory" (Hamilton, White 1959) und dem "Runwell symptom sign inventory". (Foulds 1962) Die Schichten wurden nach dem 5-Klassensystem des "Registar-Generals five class system" eingeteilt (zur Erklärung sei angemerkt, daß dabei die "social class I" der Oberschicht entspricht).
Die Tabelle 17 zeigt, daß die Verteilung der Depression der Verteilung einer Kontrollgruppe sehr ähnlich ist. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Faris und Dunham (1939) überein, die eine gleichmäßige Verteilung der depressiven Patienten über alle sozialen Klassen finden konnten.

Social Class	Depressives No. of Patients	%	Controls No. of Patients	%
I u. II	34	22.2	42	25.8
III	75	49.0	73	44.8
IV u. V	44	28.8	48	29.4
Total	153	100.0	163	100.0

Tab. 17: Verteilung der depressiven Patienten und der Kontrollgruppen in den einzelnen sozialen Klassen (eigene Übersetzung, siehe dazu Munro 1966, Seite 437)

Adelstein untersuchte 1968 die Inzidenz von psychiatrischen Erkrankungen in Salford/England. Erfaßt wurden Erwachsene ab dem 15. Lebensjahr, die von 1959-1963 in staatlichen und privaten Krankenhäusern und auch in Privatpraxen aufgenommen wurden. Die Kriterien zur Definition der sozialen Klasse stammen aus dem "Registar Generals Classification of Occupation 1951". Die Diagnose "depressive Psychose" wurde nach dem "Diagnostic Handbook of the American Psychiatric Assocation" gestellt.Die Angaben beschränken sich nur auf männliche Patienten. Wie zu ersehen, ist die Inzidenz für depressive Psychosen in den Klassen III - V am höchsten.

	I	II	III	IV	V
Number at a Risk	786	5445	28817	8704	11548
All mental illness	103	162	236	233	306
Schizophrenia	0	11	26	21	50
Depressive Psychosis	0	44	63	60	62
Psychoneurosis	0	48	53	48	61
Addiction	0	11	3	5	14
Psychopathy	26	11	24	23	26
Organic	26	4	17	16	16
Senile	0	18	13	16	16

Tab. 18: Gesamtzahl der psychischen Erkrankungen aufgeschlüsselt nach Diagnosen und auf die einzelnen Schichten verteilt. Jährliche Durchschnittsrate per 100 000. (eigene Übersetzung, siehe dazu Adelstein 1968, Seite 55)

Da in Salford die Arbeiterklassen vorherrschen und wenige Bewohner den oberen Schichten angehören, kann das Ergebnis auch eine Folge dieser ungleichmäßigen Verteilung sein (Adelstein 1968, Seite 59).
Der Autor vergleicht in seiner Studie die Erstaufnahmeraten der wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie, "Psychoneurosen", depressive Psychosen u.a.
Dabei lagen die Patienten mit der Diagnose "depressive Psychose" an erster Stelle (97/100 000); zum Vergleich die Rate für Schizophrenie: 33/100 000.

In Abhängigkeit von der sozialen Schicht war die Inzidenz für depressive Psychosen in den drei unteren Klassen am höchsten.

Walsh untersuchte 1969 alle 1427 Erst- und 2925 Wiederaufnahmen vom Jahr 1962 von sämtlichen öffentlichen sowie privaten Hospitälern in Dublin. Untersucht wurden die aufgenommenen Patienten des Jahres 1962. Der soziale Status wurde durch den Beruf, den der Patient zur Zeit der Aufnahme ausübte, bestimmt.
Walsh kommt zu dem Ergebnis, daß in den öffentlichen Krankenhäusern die Diagnose "Schizophrenie" viermal häufiger als "manisch-depressive Psychose" gestellt wurde. In den privaten Häusern dagegen diagnostizierte man "manisch-depressiv" dreimal häufiger als "schizophren".
Walshs Methode erlaubt nur einen internen Vergleich, da er sich nur auf die hospitalisierten Kranken beschränkt und nicht die Gesamtbevölkerung mit einbezieht. "Wahre" Prävalenzraten können nicht angegeben werden. Er vermutet, daß depressive Erkrankungen, die in privaten Krankenhäusern als manisch-depressiv bezeichnet werden, in öffentlichen als neurotisch diagnostiziert werden. Zusätzlich erfolgt von ihm die Einschränkung, daß diagnostische Vorurteile das Ergebnis in beträchtlichem Maße beeinflussen.

Häfner und Reimann wollten in ihrer Studie von 1969 nachprüfen, inwieweit die Ergebnisse von Faris und Dunham (1939) (siehe dort) auf Deutschland zu übertragen sind.

Social group	First admissions		Re-admissions	
	Private	Local authority	Private	Local authority
	Male		Male	
1	85(33.7)	7(1.6)	114(35.5)	17(2.5)
2	79(31.3)	57(13.0	117(36.4)	62(9.0)
3	64(25.4)	110(25.1)	60(18.7)	132(19.1)
4	17(6.7)	57(13.0)	22(6.9)	68(14.2)
5	7(2.8)	207(47.3)	8(2.5)	381(55.2)
Totals	252(100.0)	438(100.0)	321(100.0)	690(100.0)
	Female		Female	
1	73(27.4)	0(0.0)	83(30.7)	14(2.9)
2	115(43.2)	56(11.9)	112(41.5)	28(4.3)
3	59(22.2)	92(19.5)	40(14.8)	128(19.9)
4	11(4.1)	112(23.8)	32(11.9)	145(22.5)
5	8(3.0)	211(44.8)	3(1.1)	329(51.1)
Totals	266(100.0)	471(100.0)	270(100.0)	644(100.0)

Tab. 19: Erst- und Wiederaufnahmen in privaten und öffentlichen psychiatrischen Institutionen in Abhängigkeit vom sozialen Status. - Prozentangaben in Klammern
(eigene Übersetzung, siehe dazu Walsh 1969, Seite 1153)

Diagnosis	First admissions		Re-admissions	
	Private	Local authority	Private	Local authority
	Male		Male	
Schizophrenia	34(28.3	110(68.8)	67(47.5)	364(92.4)
Manic-depressive psychosis ..	86(71.7)	50(31.2)	74(52.5)	30(7.6)
Totals	120(100.0)	160(100.0)	141(100.0)	364(100.0)
	Female		Female	
Schizophrenia	31(14.6)	107(48.4)	39(17.4)	324(93.1)
Manic-depressive psychiosis ..	181(85.4)	114(51.6)	185(82.6)	24(6.9)
Totals	212(100.0)	218(100.0)	224(100.0)	348(100.0)

Tab. 20: Unterteilung der "Psychosen" in Schizophrenie und manisch-depressive Psychosen-Prozentangaben in Klammern.
(eigene Übersetzung, siehe dazu Walsh 1969, Seite 1157)

Sie zählten alle Einwohner Mannheims, die 1965 zum erstenmal in psychiatrische Behandlung kamen. Dazu wurden die Daten aus 307 staatlichen Universitätskliniken, privaten und allgemeinen Krankenhäusern und Sanatorien in Deutschland und der Schweiz, allen privaten Psychiatern von Mannheim, zusätzlich von allen Arten an öffentlichen, privaten und kirchlichen Wohlfahrtsorganisationen zusammengetragen. Die Fallidentifikation erfolgte anhand der Unterlagen dieser Institutionen. Um einen eventuellen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von "depressiven Psychosen" und der Wohngegend ermitteln zu können, wurde Mannheim in Wohndistrikte unterteilt. Die Inzidenzrate für "depressive Psychosen" war 81/100 000, die topographische Verteilung zeigte keine Abhängigkeit der depressiven Psychosen von der Wohngegend.

Klerman und Paykel untersuchten 1970 sowohl weibliche als auch männliche depressive Patienten im Alter von 21-65 Jahren, die in der Zeit von März bis Oktober 1967 entweder im "General Hospital", "Mental Health Center" oder im "State Mental Hospital" in New Haven/Connecticut aufgenommen worden waren. Die Autoren untersuchten an den insgesamt 65 Patienten die Inzidenzrate der jeweiligen psychischen Erkrankungen. Die Patienten des "General Hospitals" kamen hauptsächlich aus der Oberschicht, die des "Mental Health Centers" aus der mittleren, die des "State Mental Hospitals" aus der Unterschicht. Ziel der Arbeit war es nicht, alle hospitalisierten Patienten zu erfassen, sondern die Verteilung der einzelnen psychiatrischen Krankheiten auf die verschiedenen Hospitäler, die als sozialer Index gewertet wurden, zu ermitteln (die sozialen Schichten richteten sich nach dem von Hollingshead angegebenen Index).
Die Diagnose wurde anhand der Symptome (Hamilton rating scale) und nach der "American psychiatric diagnostic" ermittelt.

Betrachtet man die Verteilung der Krankheiten innerhalb der einzelnen Hospitäler, so beobachtet man, daß der Anteil der "psychotischen Depressionen" verglichen mit anderen aufgeführten Krankheiten in dem Mittelschichtenkrankenhaus am höchsten ist (siehe dazu Tabelle 21).

Diagnosis	General Hospital		Mental Health Center		State Mental Hospital	
	N	%	N	%	N	%
Psychotic depression	2	10.5	4	30.8	3	12.0
Psychoneurotic depressive reaction	14	73.7	8	61.5	5	20.0
Schizophrenic reactions	1	5.3	0	0	8	32.0
Other Diagnosis	2	10.5	1	7.7	9	36.0
Total	19	100.0	13	100.0	25	100.0

Tab. 21: A.P.A. Diagnosen: Vergleich von depressiven Patienten in drei verschiedenen Hospitälern. (eigene Übersetzung, siehe dazu Klerman,Paykel 1970, Seite 475)

Battegay, Rauchfleisch und Blättler untersuchten eine Stichprobe von 500 Patienten aus einer Gesamtzahl von 6922, die sich zwischen 1970 und 1971 in der Universitätsklinik Basel in Behandlung befanden. Die Klinik wird zu 80% von Angehörigen der Unterschicht aufgesucht. Die Schichten wurden nach dem Modell von Bolte bestimmt.

Diagnosen	Ober-schicht	Mittelschicht obere	mittlere	untere	Unterschicht obere	untere
Oligophrenie	-	-	-	5.0	11.4	12.7
Psychopathien	-	-	-	10.0	11.4	11.6
Psychogene Reaktionen	-	100.0	47.4	14.5	10.2	9.3
Manisch-depressive Erkrankungen	-	-	-	6.3	10.2	13.2
Alkoholismus	-	-	32.9	10.0	11.4	10.6
Medikamenten-abhängigkeit	-	-	-	27.7	11.3	7.6
Schizophrenie	-	-	19.7	6.1	6.9	14.7
Organische u.sympto-matische Psychosen	-	-	-	2.4	12.4	12.6
Suizidversuche	-	-	-	18.4	14.8	7.7
% an Gesamt N	-	1.7	4.6	12.7	32.2	48.8

Tab. 22: Diagnose und soziale Schicht (%bezogen auf Häufigkeit der Diagnose und auf Anzahl der Patienten pro Schicht) (Battegay, Rauchfleisch, Blättler 1975, Seite 68)

Die Untersuchung gibt Aufschluß über die Krankheitsverteilung innerhalb der einzelnen Schichten. Eine Aussage über die Prävalenz für manisch-depressive Erkrankungen in den einzelnen Schichten läßt sich jedoch nicht treffen. Es wäre dazu die Kenntnis der Verteilung der Gesamtbevölkerung im Einzugsbereich der untersuchten Klinik nötig. Interessant ist allerdings die Tatsacge, daß in den drei oberen Schichten kein einziges Mal die Diagnose einer "manischen Depression" gestellt wurde.

Im Jahre 1977 untersuchte Spalt 154 Patienten, die innerhalb von 6 Monaten sowohl als Neu- als auch als Wiederaufnahmen in der öffentlichen und halbprivaten Poliklinik der Washington University School aufgenommen wurden. Von diesen 154 Patienten litten 60 an "primär affektiven Störungen", davon wiederum 41 an "unipolaren Störungen". Bei der Diagnosestellung folgte der Autor nach eigenen Angaben den diagnostischen Kriterien von Feighner.(Spalt 1977, Seite 548). Die Berufsgruppen sind

der unten stehenden Tabelle 23 zu entnehmen.

	Patients without versus Patients with Affective Disorders			Primary versus Secondary Affective Disorders			Unipolar versus Bipolar Primary Affective Disorders		
	Without		With	Primary		Secondary	Unipolar		Bipolar
N	38		116	60		56	41		19
	%	P	%	%	P	%	%	P	%
Major Professional	-	N.S.	0.9	-	N.S.	1.8	-	N.S.	-
Intermediate Professional	5.3	N.S.	6.0	6.7	N.S.	5.4	7.3	N.S.	5.3
Minor Professional	2.6	N.S.	2.6.	1.7	N.S.	3.6	-	N.S.	5.3
Clerk Technician	21.0	N.S.	31.9	43.3	.01	19.6	46.4	N.S.	36.8
Skilled Manual	7.9	N.S.	6.9	6.7	.05	12.5	2.4	N.S.	-
Semi-skilled	5.3	N.S.	12.1	10.0	N.S.	14.3	14.6	N.S.	-
Unskilled	7.9	N.S.	11.2	8.3	N.S.	14.3	4.9	N.S.	15.8
No Occupation	50.0	.02	28.4	28.3	N.S.	28.5	24.4	N.S.	36.8
TOTAL	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0		100.0

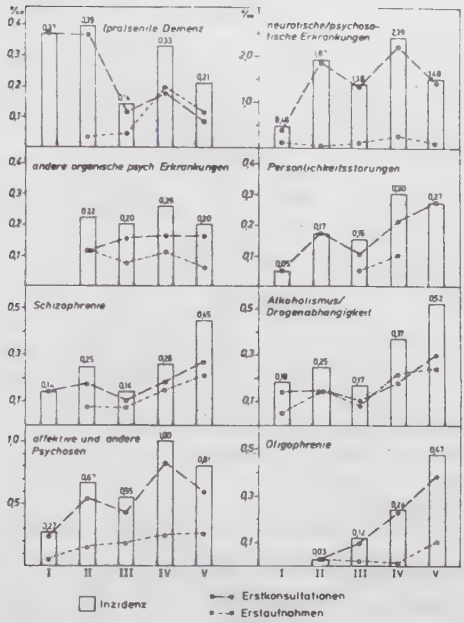
Tab. 23: Berufsgruppen bei affektiven Störungen
(eigene Übersetzung, siehe dazu Spalt 1977,
Seite 549)

Spalts Ergebnisse zeigen, daß Patienten mit der Diagnose auf "unipolar primary disorder" bevorzugt aus Berufsgruppen im sozialen Mittelfeld kommen (z.B. Angestellte), während die Patientengruppe ohne affektive Störungen sich stärker auf sozial niedriger eingestufte Beschäftigung verteilt.

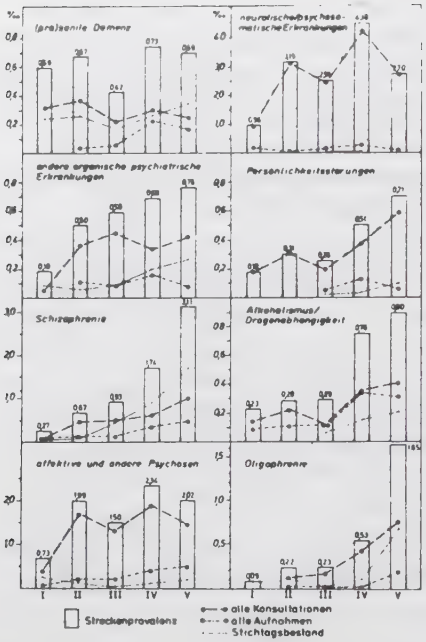
Die Untersuchung von Dilling und Weyerer aus dem Jahre 1978 beschränkt sich auf den Zeitraum von 1.12.1970 bis 30.6.1971. Als Untersuchungsgebiet wurde ein definiertes ländliches Gebiet in Oberbayern (Berchtesgaden, Rosenheim, Traunstein) mit mehr als 400 000 Einwohnern gewählt. Die Daten beziehen sich auf Erstuntersuchungen von psychiatrischen Polikliniken und niedergelassenen Nervenärzten. Als Erhebungsbogen wurde der ins Deutsche übersetzte Untersuchungsbogen der WHO - Arbeitsgruppe (1975) verwendet. Alle Patienten wurden nach der ICD - Klassifikation (i.e. International Classification of Diagnosis) einer von 9 Diagnosesekategorien zugeordnet. Zu Ermittlung der sozialen Schicht verwendete er das Schichtmodell von Moore und Kleinung, das sich im Gegensatz zu dem von Hollingshead und Redlich ausschließlich an dem Faktor "Beruf" orientiert.

Dilling und Weyerer betonen, daß sie nicht die Daten zu"wahren", sondern zur "administrativen" (d.h. erstmalig in Krankenhäusern oder ähnlichen Institutionen erfaßten) Inzidenz und Prävalenz ermittelten. Sie verglichen ihre Ergebnisse mit den Resultaten von Hollingshead und Redlich (1967) mit dem folgenden Ergebnis:

Die Inzidenz und Prävalenz "affektiven und anderen Psychosen" (außer Schizophrenie) zeigt einen deutlichen Gipfel in Schicht 4 (siehe Tabelle 24 und 25). Tabelle 25 zeigt die prozentuale Verteilung von New Haven und Südostbayern auf die einzelnen Schichten. In der Untersuchung in New Haven ist der Anteil der Bevölkerung in Schicht 4 deutlich höher als in Oberbayern (siehe dazu Tabellen 27 und 28).
Werden die psychiatrischen Krankheiten in 2 große Gruppen unterteilt, die der Neurosen und Psychosen, so ergibt sich das folgende Bild: In New Haven ist der Anteil der Psychosen umgekehrt proportional zur Höhe der sozialen Schicht. In Oberbayern ist ein kontinuierlicher Anstieg der Prävalenz sowohl der Psychosen als auch der Neurosen bis zur Schicht 4 festzustellen. Nach Aufteilung der unter Psychosen zugefaßten Kategorien zeigte sich folgendes Ergebnis: Sowohl in der amerikanischen als auch in der deutschen Studie sind in den Schichten I/II und III affektive Psychosen unterrepresentiert. In beiden Studien ist die höchste Rate in den beiden Unterschichten zu finden (vgl. Tabelle 29).



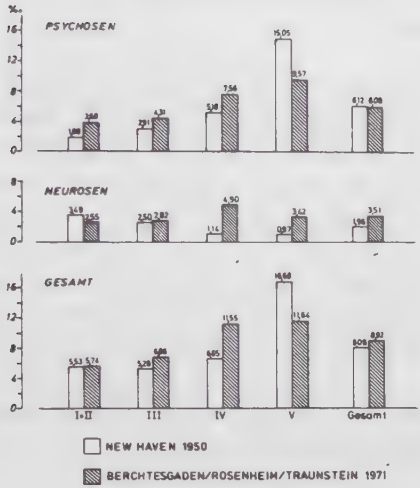
Tab.24: Inzidenz psychiatrischer Diagnosen nach sozialer Schicht (Dilling, Weyerer 1978, Seite 150)



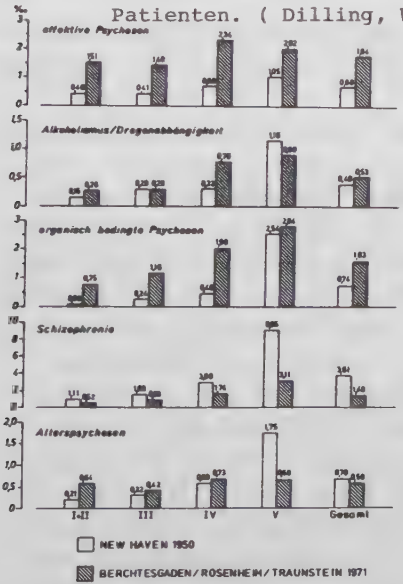
Tab. 25: Prävalenz psychiatrischer Diagnosen nach sozialer Schicht (Dilling, Weyerer 1978, Seite 150)

Soziale Schicht	New Haven	Berchtesgaden, Rosenheim Traunstein
I	3.0	5
II	8.4	8
III	20.4	40
IV	49.8	30
V	18.4	17
Bevölkerung	236 940	424 442

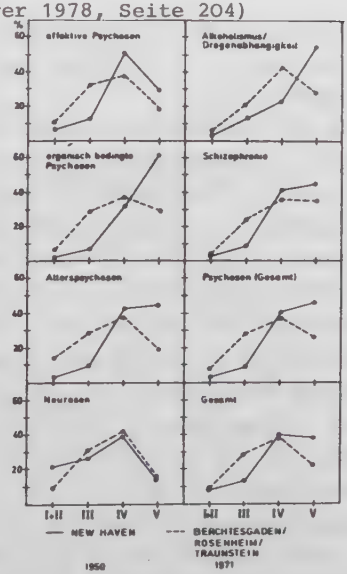
Tab. 26: Bevölkerung in New Haven und Südostbayern. Verteilung nach sozialer Schicht. - Angaben in Prozent. (Dilling, Weyerer 1978, Seite 187)



Tab. 27: Soziale Schicht psychotischer und neurotischer Patienten. (Dilling, Weyerer 1978, Seite 204)



Tab.28:Schichtspezifische Prävalenzraten psychiatrischer Diagnosen. (Dilling, Weyerer 1978, Seite 204)



Tab.29:Schichtspezifische Verteilung psychiatrischer Diagnosen.(Dilling, Weyerer 1978, Seite 206)

III. 3. Diskussion und zusammenfassende Beurteilung der Untersuchungen

Im folgenden Abschnitt werde ich versuchen zu begründen, warum sich meiner Meinung nach anhand des vorliegenden Materials, die Frage nach der Schichtabhängigkeit der endogenen Depression nicht entscheiden läßt. Meine Meinung stützt sich auf die folgenden Gründe, auf die noch im einzelnen eingegangen wird:

a) die große Begriffsverwirrung (sowohl bei dem Begriff der endogenen Depression, als auch der Schicht).
b) systematische Fehler (Probleme der Inzidenz und Prävalenz).
c) ungenügendes statistisches Material, das zu widersprüchlichen Ergebnissen führen kann.

III.3.a. Die große Begriffsverwirrung

Viele Unklarheiten herrschen in der Psychiatrie bezüglich der Definitionen, Klassifikationen und Diagnosestellung der endogenen Depression.
In der vorliegenden Arbeit wurden "manisch-depressive Erkrankungen", "psychotische Depression", "depressive Störungen", die Involutionsdepression miteinbezogen, "manisch-depressive Reaktionen" u.s.w. untersucht, wobei in den wenigsten Fällen angegeben wurde, das die einzelnen Autoren darunter verstanden.Nach welchen Kriterien wurde die Diagnose gstellt, unter welchen Umständen und von wem? Wie unterscheidet der behandelnde Psychiater einen Patienten mit "normaler" depressiver Stimmung von einem Depressiven, der behandlungsbedürftig ist? Ab wann ist er es überhaupt? (Es würde zu weit führen den Begriff der Norm in der Pychiatrie hier diskutieren zu wollen) (Siehe dazu Huppmann 1975). Nach Lauter (1977,Seite 384) haben psychiatrische Diagnosen schon innerhalb eines Krankenhauses "einen verhältnismäßig geringen Grad an Zuverlässigkeit", sie wird noch geringer zwischen verschiedenen Kliniken, "wobei die Häufigkeit einzelner Diagnosen stark von der wissenschaftlichen Auffassung des jeweiligen Klinikdirektors beeinflußt wird." Die

größten Unterschiede finden sich dann auf der transkulturellen Ebene".

Zu jeder der oben aufgeführten Fragen gibt es bereits eine Vielzahl von Untersuchungen, die in sich auch wieder zu unterschiedlichen Ergebnissen führen (Arieti 1974, Akiskal 1973, u.a.).

Auch für die "Schicht" gibt es, wie in Teil II bereits aufgeführt, noch keine definitive Begriffsbestimmung. Die Schichtindikatoren in den einzelnen Arbeiten zeigten zum Teil nur recht grobe Vergleichsmöglichkeiten, Hollingshead und Redlich hatten als Index Ausbildung, Wohnsitz und Beruf, Hare untersuchte Wohngebiete, die auf Grund von Einpersonenhaushalten, Wert der Wohnungen und Bevölkerungsdichte klassifiziert wurden. Malzberg nahm den Verdienst, Faris und Dunham hatten einen "housing-index" (= Prozentsatz der Wohngebäude), einen "economic-index" (= Miete), und einen "culturell-index (= Schulbildung). Clark bewertete Einkommen und Berufsprestige.

Entscheidend ist natürlich auch der Umfang der sozialen Schichten. Beispielsweise umfaßt die Mittelschicht in westlichen Industrienationen ca. 60% der Bevölkerung. Das heißt, bei gleicher Verteilung wäre die Mittelschicht überrepräsentiert.

Weiterhin erschwerten transkulturelle Unterschiede den Vergleich der Arbeiten. Stellt man europäische Studien z.B. amerikanischen gegenüber, so findet man in den einzelnen Ländern abweichende Vorstellungen bzw. Auffassungen von Krankheitsbegriffen (siehe dazu Kendell 1973, Strömgren 1969, Levy 1974).

Auch sollte man annehmen, daß "Schichten" in den einzelnen Industrieländern einigermaßen vergleichbar sind. Levy (1974) jedoch zeigt, daß ein relativ objektiver Index wie "Beruf" in verschiedenen Systemen verschieden bewertet wird. Als Beispiel nennt er, daß im englischen System "proprioters", "managers" und higher professionals" an der Spitze der Prestigehierarchie stehen, also Oberschicht darstellen, während im amerikanischen System sie weiter unten eingestuft werden. Damit soll gesagt werden, daß sich durch

solche unterschiedliche Zurodnung auch eine Schichtzugehörigkeit ändern könnte.

III.3.b. Systematische Fehler: Probleme der "wahren" Inzidenz und Prävalenz

Inzidenz wurde definiert, als "die Anzahl der Neuerkrankungen in einer bestimmten "Population". In dem überwiegenden Teil der Arbeiten wurde jedoch die Erstaufnahme in eine psychiatrische Institution gezählt, d.h. es wurde nicht die "wahre" sondern die "administrative" Inzidenz ermittelt. Nach Hollingshead müßte die gesamte Bevölkerung an den Untersuchungen teilnehmen, um eine wahre Prävalenz zu ermitteln, für die Inzidenz wäre eine zweimalige Untersuchung notwendig. (Hollingshead und Redlich 1975, Seite 122). Nach ihren Angaben, "konnten diese Bedingungen bisher von keinem Forschungsteam, auch dem unsrigen nicht erfüllt werden." (Hollingshead, Redlich 1975, Seite 122).

"Die Untersuchungen über Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen in bestimmten Bevölkerungsgruppen sind nicht sorgfältig genug durchgeführt worden oder sind nicht miteinander vergleichbar. Mit einem Wort, in keiner Gesellschaft liegt befriedigendes Datenmaterial über das Ausmaß psychischer Erkrankungen vor" (Hollingshead, Redlich 1975, Seite 121).

Da der Gang zum Krankenhaus oder zum privaten Psychiater von der Einstellung des Einzelnen zu seiner Krankheit oder zur Behandlung, weiter von der Toleranz seiner Umgebung mit einem psychisch Kranken zu leben u.a. mehr abhängig ist, stellt dies einen weiteren Faktor dar, der die Ergebnisse verfälschen kann. Kaplan,Reed und Richardson (1956) fanden bei einem Vergleich der Inzidenz von Psychosen bei hospitalisierten mit nicht hospitalisierten Patienten eine viel niedrigere Inzidenz bei nicht hospitalisierten aus der Unterschicht im Vergleich zu Erkrankten aus der Oberschicht. Sie erklärten es u.a., daß sowohl eine unterschiedliche Haltung gegenüber der Einweisung, als auch eine bessere

Möglichkeit für Oberschichtpatienten besteht, sich zuhause oder in einer Privatklinik behandeln zu lassen. (Kaplan, Reed, Richardson 1956, Seite 479).
Als weitere Schwierigkeit erwies sich die Ermittlung der "Fälle". Routh (1972), Schwab (1967) und Levy (1974) z.B. konnten nachweisen, daß durch Vorurteile von Psychiatern Patienten aus der Unterschicht schwerere psychopathische Erscheinungen (z.B. Schizophrenie) zugeteilt wurden. Levy (1974, Seite 276) führt an, daß die berichtete positive Korrelation von sozialer oberer Schicht und manisch-depressiver Erkrankungen zum Teil mit darauf beruht, daß Patienten aus der Oberschicht psychische Krankheiten mit "positiverer" Diagnose (z.B. manisch-depressive Psychosen und Psychoneurosen) eher zugesprochen werden als Patienten aus der Unterschicht. Auch ohne Vorurteile von Seiten der Psychiater können, bedingt durch die unterschiedliche Symptomatik in den einzelnen Klassen Kranke falsch eingestuft oder überhaupt nicht erkannt werden. Schwab fand, daß die Symptomatik von Klasse zu Klasse beträchtlich variieren kann. (Schwab et. al. 1967, Seite 541 und 543). Somatogene Erscheinungen scheinen in der Unterschichte, psychogene mehr in der Oberschicht vorzukommen.
Als weitere Ungenauigkeit fällt auf, daß sich die meisten Autoren auf männliche Patienten beschränken. Unter Punkt I.4. dieser Arbeit wurde jedoch aufgeführt, daß endogene Depressionen eindeutig häufiger bei Frauen als bei Männern auftreten.

III.3.c. Ungenügendes statistisches Material

Manche Autoren hatten nur ungenügend oder unvollständig ausgewertetes Material zur Verfügung. Eine häufig durchgeführte, da weniger aufwendige Untersuchung ist der interne Vergleich. Dabei werden nur Patientendaten innerhalb der Krankenanstalten verglichen. Streng genommen liefert dieser Vergleich ohne die Kenntnisse der Schichtzusammensetzung der Gesamtbevölkerung im Einzugsbereich des Krankenhauses (Kontrollgruppe) keine Aussage über die Schichtabhängigkeit der

untersuchten Krankheiten. Dazu braucht man Prävalenzraten, die eben nur mit der Kenntnis der Schichtzusammensetzung der Gesamtbevölkerung berechenbar sind. Nur interne Vergleiche stellen an: Battegay et.al. (1975), Klermann (1970), Malzberg (1956), Tietze und Lemkau (1941), Spalt (1977), Walsh (1969) , Stern (1913), Nolan (1918) und U.S. Bureau (1935).
Die von ihnen gelieferten Interpretationen für oder gegen eine Schichtabhängigkeit der endogenen Depression halte ich nach dem eben gesagten für wenig aussagekräftig.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse derjenigen Autoren zusammengefaßt, die auf die Gesamtbevölkerung bezogene Raten angeben. Arbeiten, die nur einen internen Vergleich unter den Patienten anstellen, sind in einer Tabelle angefügt.

Autor	Veröffentlicht	Art der Untersuchung	gehäuftes Auftreten von endogenen Depressionen in Ober-	Mittel-	Unterschicht	keine Abhängigkeit
Faris-Dunham	1939	Prävalenz	+			
Hollingshead	1953	Prävalenz			+	
Munro	1966	Prävalenz				+
Dilling-Weyerer	1978	Prävalenz u. Inzidenz				+
Clark	1949	Inzidenz				+
Brooke	1956	Inzidenz			+	
Hare	1956	Inzidenz	+			
Ödegard	1956	Inzidenz	+			
Adelstein	1968	Inzidenz			+	
Häfner	1969	Inzidenz				+
Interner Vergleich:						
Lemkau-Tietze-Cooper	1941	"Prävalenz"				+
Walsh	1969	"Prävalenz"	+			
Battegay	1975	"Prävalenz				+
Spalt	1977	"Prävalenz"		+		
Stern	1913	"Inzidenz"	+			
Nolan	1918	"Inzidenz"	+			
U.S.Bureau	1935	"Inzidenz"	+			
Malzberg	1956	"Inzidenz"	+			
Klerman	1970	"Inzidenz"		+		

Tab. 30: Gegenüberstellung der Arbeiten

Es zeigt sich, daß die Ergebnisse widersprüchlich sind. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, daß ungenügendes statistisches Material keine signifikanten Ergebnisse liefern kann. Dagegen spricht, daß zumindest einige Autoren relativ große Patientenzahlen analysiert haben. Wahrscheinlicher erscheint mir, daß auf Grund schwer vergleichbarer Definitionen der oben genannten Begriff die widersprüchlichen Ergebnisse zustande kommen.

Definition der "endogenen Depression"

Faris-Dunham, 1939:	"manic-depressive"-Patienten, die sowohl von einer extrem freudigen, andererseits von extrem depressiver Stimmung erfaßt werden
Hollingshead-Redlich,1953:	"Affektive Psychosen", erfaßt sowohl manisches als auch depressives Verhalten
Munro, 1966:	"depressives"-Patienten mit primär depressiver Erkrankung
Dilling-Weyerer,1978:	WHO-International Classification of Diagnosis
Clark, 1949:	"manic-depressive psychosis" dieser Begriff wird nicht näher definiert
Brooke, 1956:	"manis-depressive reaction" = nicht näher erläutert
Hare, 1956:	"manic-depressive psychosis" schließt Involutionsdepression, atypische-, Depression im Senium und andere unspezifische Depression mit ein

Ödegard, 1956:	"manic-depressive" = nicht näher erläutert
Adelstein, 1968:	"depressive psychosis" definiert nach dem "Diagnostic Handbook of the American Psychiatric Asso".
Häfner, 1969:	"depressive psychoses" = nicht näher erläutert
Lemkau-Tietze-Cooper,1941:	"Psychoses" umfaßt: Schizophrenie manisch-depressive Psychosen, Involutionspsychose, Senile und Arteriosklerotische-Alkohol, - Syphilitische Psychosen u.a.
Walsh,1969:	"manic-depressive psychoses" = nicht näher erläutert
Battegay-Rauchfleisch et. al.,1975:	"Manisch-depressive Erkrankungen" nicht näher erläutert
Spalt,1977:	"Unipolar primary disorders" = charakterisiert durch alleinige depressive Episoden
Stern, 1913: Nolan, 1918: U.S. Bureau, 1935:	"manic-depressive" = nicht näher erläutert
Malzberg, 1956:	"manic-depressive psychoses" = nicht näher erläutert
Klerman, 1970:	"depression" = Aufdifferenzierung in "endogene, neurotische- und andere Depressionen"

IV. Zusammenfassung

Das Thema dieser Arbeit, die Frage nach einer möglichen Schichtabhängigkeit von endogenen Depressionen konnte anhand des vorliegenden Materials (Arbeiten von 1918-1980) nicht beantwortet werden. Die Ergebnisse erwiesen sich als widersprüchlich. Die Gründe dafür liegen meiner Meinung nach an der immernoch in der Psychiatrie herrschenden Begriffsverwirrung, an den systematischen Fehlern in den einzelnen Untersuchungen, an dem wahrscheinlich nicht ausreichenden Material. Besonder auffallend war die Diskrepanz der Autoren bei der Begriffsbestimmung von Inzidenz und Prävalenz in ihren Untersuchungen. Oft wurde betont, daß nur eine "relative" Prävalenz bzw. Inzidenz betrachtet werden konnte, da die "wahre" oder "totale" Inzidenz bzw. Prävalenz untersuchungstechnisch nicht durchführbar sei. Die meisten Studien bezogen sich auf Patientenzahlen innerhalb psychiatrischer Institutionen. Ein Vergleich mit der "gesunden" Gesamtbevölkerung blieb mehr theoretisch, da die von den Autoren geforderte psychiatrische Erfassung einer Gesamtpopulation praktisch nicht durchführbar ist.
Trotz dieser widersprüchlichen Aussagen, d.h. gerade dieser Widerspruch sollte dazu anregen, sich noch intensiver mit der Frage einer eventuell vorliegenden Soziogenese zu beschäftigen.

Literatur

Adelstein, A.M., Downham, D.Y., Stein, Z., Susser, M.W. : The epidemiology of mental illness in an english city. Soc. Psychiat. 3, 47-59, 1968

Akiskal, H.S., McKinney, W.T.: Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. Science 182, 20-28, 1973

Angst, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogen depressiver Psychosen, Berlin, 1966

Angst, J., Weis, P.: Zum Verlauf depressiver Psychosen. In: Schulte, W., Mende W. (Hrsg.): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung, 2-9, Stuttgart, 1969

Angst, J.: Classification and prediction of outcome of depression. Symposium Schloß Reinhardshausen, 1-37, Stuttgart, 1974

Arieti, S.: Affective disorders: Manic-depressive psychosis and psychotic depression. In: Arieti, S. (Hrsg): American handbook of psychiatry, 21, 449-481, New York, 1974

Arthur, R.J.: Social psychiatry: An overview. Am.J.Psychiat. 130, 841-849, 1973

Bagley, C.: Occupational class and symptoms of depression. Soc. Sci. Med. 7, 327-340, 1973

Bahn, A.K.: Admission and prevalence rates for psychiatric facilities in four register areas. Am.J.publ. health, 56, 2033-2051, 1966

Bash, K.W.: Häufigkeit depressiver Zustandsbilder in mitteröstlichen Ländern.In: Schulte, W., Mende, W. (Hrsg): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. 111-112, Stuttgart, 1969

Bastide, R.: Soziologie der Geisteskrankheiten. Köln, 1973

Battegay, R., Rauchfleisch, U. Blättler, R. (Hrsg): Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. 64-86, Bern, Stuttgart, Wien, 1975

Berner, B., Strobl. L.: Widersprechen sich soziogenetische und nosologische Konzepte bei endogenen Depressionen? In: Heinrich, K. (Hrsg): Kritik der psychiatrischen Nosologie. Konfenrenz auf Schloß Hugenpoet. 119-125, Stuttgart, New York, 1974

Bernsdorf, W.: Wörterbuch der Soziologie. 908-911, 989-991, Stuttgart, 1969

Binitie, A.: A factor - analytical study of depression across cultures. Brit. J.Psychiat. 127, 559-63, 1975

Birkmayer, W.: Diagnostik der Depression, In: Kielholz, P. (Hrsg): Depression in der täglichen Praxis. 43-49, Bern, 1974

Birtchnell, I.: Social class, parental social class and social mobility. Psychol.Med., 1, 208-221, 1971

Blohmke, M.,Ferber, C.v., Kisker, K.P., Schaefer, H.: Handbuch der Sozialmedizin Bd. II, Bd. III, Stuttgart 1977

Bovet, J., Meylan, D., Piolino, P.: Beruflich-soziale Daten in der psychiatrischen Forschung. In: Battegay, R., Rauchfleisch, U., Blättler, R. (Hrsg): Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygien. 53-61, Bern,1975

Brooke, E.M.: National statistics in the epidemiology of mental illness, J.Ment. Sci. 105, 893-908, 1959

Burchard, I.M.: Hypothesen und einige Belege über die Ursachen der monopolaren endogenen Depression. Therapiewoche 23, 4340-4348, 1973

Clark, R.E.: Psychosis, income and occupational prestige.Am J.Soc. 54, 433-440, 1949

Clausen, J.A.: Social status and mental health. In: Deutsch, A. (Hrsg): Encyclopedia of mental health. 1933-1940, New York, 1963

Cohen, R.A.: Manic depressive illness. In: Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. (Hrsg): Comprehensive textbook of psychiatry. 1012-1024, Baltimore, 1975

Cranach, M.v., Finzen, A.: Sozialpsychiatrische Texte. Berlin 1972

Degwitz, R.H., Helmchen, G., Kockott, W.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO/ICD 9. Revision. Springer, 1980

Derogatis, L.R., Yevzeroff, H., Wittelsberger, B.: Social class, psychological disorders and the nature of the psychopathologic indicator. J. Con. Clin. Psychol. 43, 183-91, 1975

Deutsch, A.: Encyclopedia of mental health. 1933-1940, New York, 1963

Dietsch, P., Volk, W.: Endogene Störungen. In: Pongratz, L., Wewetzer, K.H. (Hrsg): Handbuch der Psychologie. 1. Halbb. 255-314, Göttingen 1977

Dilling, H., Weyerer, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrischer Versorgung. München, 1978

Dohrenwend, B.S.: Social status and stressfull life events. J. Pers. Soc. Psychol. 28, 225-35, 1973

Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S.: Psychiatric disorders in urban settings. In: Arieti, S. (Hrsg): American handbook of psychiatry. 424-447, New York, 1974

Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S.: Sozialer Status und psychische Störungen. In: Keupp, H.: Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München, 1974

Dohrenwend, B.S.: Socioculturell and social-psychological factors in the genesis of mental disorders. J. Health 15-16, 365-392, 1974-75

DTV-Lexikon der Physik Bd. II, 86-87, München 1970

Dunham, H.W.: Some persistent problems in the epidemiology of mental disorders. Am.J.Psychiat. 109, 567-575, 1952

Dunham, H.W.: Studies on psychiatric epidemiology: Some problems of interpretation. Ir.J. Med. Sci. 142, 363-371, 1973

Enke, W.: Endogene Depression. Fortschr. Med. 507-509, 1970

Faris, R., Dunham, H.: Mental disorders in urban areas. Chicago, 1939

Faris, R, Dunham, H.: Mental disorders in urban areas. Chicago, 1965

Faust, V.: Das depressive Syndrom: Einteilung, Diagnostik, Beschwerdebilder. Fortschr.Med. 2592-5, 1977

Fernando, S.J.: A cross-cultural study of some familial and social factors in depressed illness. Br.J.Psychiat. 127, 46-53, 1975

Foulds, G. A.: A quantification of diagnostic differences. J. dent. Sci. 108, 389, 389-390, 1962

Frank, A.: Are there social class differences in patients treatment conceptions? Arch. Gen. Psychiat. 35, 61-9, 1978

Franke, H.: Manuskript und Vortrag. Stuttgart 1969

Frankl, V.E.: Definition und Klassifikation der Neurosen. In: Frankl,V.E. (Hrsg): Handbuch der Neurosenlehre und Psychiatrie. Bd. 4, 233-241, München 1959

Frese, M., Schöfthaler-Rühl, R.: Kognitive Ansätze in der Depressionsforschung. In: Hoffmann, N.: Depressives Verhalten. 56-108, Salzburg, 1976

Friedmann, G.D.: Medical usage and abusage: Prevalence and incidence. Ann. Int. Med. 84, 502-4, 1976

Fuchs, R.: Lexikon zur Soziologie, Opladen, 1973

General Register Office: Classification of occupations. Her Majestys Stationary Office, London 1966

Glatzel, J.: Zur Psychopathologie zyklothym-depressiver Verläufe. Psychiat. Clin. 7, 20-21, 1974

Goodmann, G.T., Streiner, D., Woodward, C.A., Santa Barbara, J.: Factors affecing psychiatric diagnosis. Can. J. Pub. Health. 67, 397-400, 1976

Gülsdorff, B.: Die wissenschaftliche Begründung des Begriffes der "endogenen Depression" in der Schulpsychiatrie und deren Forschungsmethodik. Dyn. Psychiat. 13, 18-27, 1980

Haase, J.: Depression. Entstehung-Erscheinung-Behandlung. Stuttgart, 1976

Hagnell, O.: A swedsh psychiatric epidemiology study: The Lundby project. Soc. Psychiat. 3, 75-78, 1968

Hamilton, M., White, J. M.: Clinical syndroms in depressive states. J.Ment. Sci. 105.985-998, 1959

Hamilton, H.: A rating-scale for depression. J. Neur. Psychiat. 23, 56-62, 1960

Hare, E.H.: Mental illness and social conditiones, Bristol 1956. J. Med. Sci. 102, 349-357, 1956

Hare, E.H., Wing, A.: Psychiatric epidemiology. New York, 1970

Hare, E.H., Price, J., Slater, G.: Parental social class in psychiatric patients. Brit. J. Psychiat. 121, 515-524, 1972

Hartfiel, H.: Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart, 1976

Hays, P.: Etiological factors in manic-depressive psychosis. Arch. Gen. Psychiat. 33, 1187-1188, 1976

Häfner, H., Reimann, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim. Soz. Psychiat. 4, 341-354, 1969

Häfner, H., Reimann, H.: Spatial distribution of mental disorders in Mannheim 1965. In: Hare, E., Wing, A. (Hrsg): Psychiatric epidemiology. 341-354, London, 1970

Heimann, H.: Einige Bemerkungen zu den theoretischen Grundlagen der Depressionsdiagnostik in der täglichen Praxis. In: Kielholz, P. (Hrsg): Depression in der täglichen Praxis. Stuttgart, 1974

Heinrich, K.: Zur Kritik der psychiatrischen Nosologie. Konferenz auf Schloß Hugenpoet 1974.119-125, Stuttgart 1975

Hippius, H., Selbach, H.: Das depressive Syndrom, München 1969

Hoffmann, N.: Depressives Verhalten. Salzburg, 1976

Hoffmann, N.: Depression und Hoffnungslosigkeit überwinden. Psych. heute. 11, 50-55, 1977

Hollingshead, A.B.: Social class and psychiatric disorders. In: Interrelations between the social environment and psychiatric disorders. 195-208, New York 1933

Hollingshead, A.B.: Social class and psychiatric disorders. New York, 1953

Hollingshead, A.B.:, Ellis, R., Kirby, E.: Social mobility and mental illness. Am.J. Soc. Rev. 19, 577-584, 1954

Hollingshead, A.B., Redlich, F.C.: Social class and mental illness. London, 1958

Hollingshead, A.B., Redlich, F.C.: Der Sozialcharakter psychischer Störungen. Frankfurt, 1975

Huppmann, G.: Zum Begriff der Norm in der deutschen Psychiatrie, Würzburg, 1975

Idris, E.: Depression in der allgemeinen Praxis. Internationales Symposion St. Moritz, Praxis Kurier vd 12. 8-10, 1974

Jacobson, E.: Depression. Frankfurt,1977

Jung, C.G.: Psychogenese der Geisteskrankheiten. Zürich 1968

Kaplan, B., Reed, R., Richardson, A.: A comparison of the incidence of hospitalized and non-hospitalized cases of psychosis in two communities. Am.J. Soc. Rev. 21, 472-479, 1956

Kaplan, H., Sadock, B.: A overview of the major affective disorders. Psychiat. Ann. 3, 13-52, 1973

Katchadourian, H., Churchill, C.W.: Social class and mental illness in urban Lebanon. Soc. Psychiat. 4, 49-55, 1969

Kendell, R.E.: Aggression und Depression. in: Cranach,M.v., Finzen, A. (Hrsg): Sozialpsychiatrische Texte. 21-30, Berlin, Heidelberg 1972

Kendell, R.W., Pichot, P., Cranach, M.v.: Differences in Concepts of affective disordeers among European psychiatrists. In: Angst, J. (Hrsg): Classification and prediction of outcome of depression. 27-37, Stuttgart 1974

Kendell, R.E.: The classification of depression,a review of contemporary confusion. Brit. J. Psychiat. 129, 15-28, 1976

Keupp, H.: Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. München 1974

Kielholz, R.: Klassifizierung der depressiven Verstimmung. In: Hippius, H., Selbach, H. (Hrsg): Das depressive Syndrom. 341-346, München 1961

Kielholz, P., Hole, G.: Depression. In: Müller, C. et.al. (Hrsg): Lexikon der Psychiatrie. 111-116, Berlin 1973

Kielholz, P. (Hrsg): Die Depression in der täglichen Praxis. Stuttgart,1974

Klerman, G.: Paykal, E.: Depressive pattern, social background and hospitalisation. J. Nerv. Ment. Dis. 150, 465-478, 1970

Klerman, G.: Overview of depression. in: Freedman, A., Kaplan. H., Sadock, B. (Hrsg):Comprehensive textbook of psychiatry, 1003-1024, Baltimore,1975

Kline, N.S.: Incidence, prevalence and the recognition of depressive illness. Dis. Ner. Syst. 37, 3, 10-14, 1976

Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter. Berlin, 1961

Krüger, R.F., Linden, M., Weiss, E.: Somatische Aspekte der Depression. In: Hoffman, N.(Hrsg): Depressives Verhalten. 149-190, Salzburg 1976

Kulenkampff, C.: Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen. Nervenarzt, 22, 6-7, 1962

Langner, T.S., Michael, S.T.: Live stress and mental health. Illinois 1963

Lauter, H.: Epidemiologie der großen psychiatrischen Störungen. In: Blohmke, M.et.al.(Hrsg): Handbuch der Sozialmedizin II, 374-447, Stuttgart 1977

Lee, S.T.: Social class bias in the diagnosis of mental illness. Dis.Absr. 28, 4758-4759, 1967

Lemkau, P., Tietze, C., Cooper, M.: Prevention of psychiatric illness. Am. J. Med. Assoc. 25, 624-646, 1941

Lemkau, P., Tietze, C., Cooper, M.: Mental hygiene problems in an urban district. Ment.Hygien. 26, 100-119, 1942

Lemkau,P., Tietze, C., Cooper, M.: A survey of statistical studies in the prevalence and incidence of mental disorders in some populations. Pub.Health Report 58, 1909-1927, 1943

Lemkau, P., Tietze, C., Cooper, M.: Preventation of psychiatric illness. J.Am.Med.Ass. 162, 854-857, 1956

Lemke, R., Rennert, Rennert, H.: Neurologie und Psychiatrie, sowie Grundzüge der Kinderpsychiatrie. Leipzig, 1979

Lenz, H.: Die Depression auf dem soziokulturellen Hintergrund. Ärzt.Prax. 162, 5752-5753, 1969

Levitt, E., Lublin, B. (Hrsg) : Depression: Concepts, controversies and some facts. New York, 1975

Levy, L.: Social class and mental disorders. Psychiat. Clin. 271-86, 1974

Lin, T.Y., Stanley, C.: The scope of epidemiology in psychiatry. Pub. Health Paper 16, 11-76, 1962

Linden, M.: Depression als aktives Verhalten In: Hoffmann, N. (Hrsg): Depressives Verhalten 108-148, Salzburg 1976

Linden, M.: Von der schwarzen Galle zur Psychotherapie. Psych. heute 11, 62-66, 1977

Lorr, M., Sonn, M., Ketz, M.: Toward a definition of depression. Arch. Gen. Psychiat. 17, 183-186, 1967

MacFadyen.H. W.: The classification of depressive disorders. J. Clin. Psychol. 31, 380-401, 1975

Malzberg, B.: Mental disease in relation to economic status. J. Nerv. Ment. Dis 123, 257-61, 1956

Matussek, P., Halbach, A., Troeger, U.: Endogene Depression. München, Berlin 1965

Matussek, P.: Die Katecholamin- und Serotoninhypothese der Depression. In: Hippius, H., Selbach, H. (Hrsg): Das depressive Syndrom, München,1969

Matussek, P.: Die Frage des Anlasses bei endogenen Depressionen. In: Walcher, W. (Hrsg): Probleme der Provokation depressiver Psychosen. 25-35, Wien 1971

Miller, W.R., Seligman, M.E.: Depression and the perception of reinforcement. J. Abn. Psychol. 82, 62-73, 1973

Morrison, S.L.: Principals and methodes od epidemiological research and their application to psychiatric illness. J.Ment. Scien. 105, 999-1010, 1959

Munro, A.: Some familial and social factors in depressive illness. Brit. J. Psychiat. 122, 429-441, 1966

Murphy, J.M.: Approaches to cross-cultural psychiatry, New York, 1965

Müller, C., Adams, E. et.al. (Hrsg): Lexikon der Psychiatrie. Berlin 1973.

Myerson, A.: Review of mental disorders in urban areas. Am. J. Psychiat. 96, 995-997, 1940

Myerson, A., Boyle, D.: Incidence of manic-depressive psychose in certain socially important families. Am. J. Psychiat. 98, 112-121, 1941

Nolan, J.: Occupation and manic-depressive psychosis. State Hospital Quarterly 4, 75-102, 1918

Ödegard, Ö., The incidence of psychosis in various occupations. Int. J. Soc. Psychiat. 2, 85-104, 1956

Ödegard, Ö.: Die Epidemiologie der Psychosen. Der Nervenarzt 42, 571-74, 1971

Overall, I.E., Pull, C., Carranzer, J., Cassono, G.: Phenomenological classification of psychiatric patients: consistency of syndrome interpretation by psychiatrists. J. Psychiat. Res. 13, 4, 225-36, 1977

Paykel, E., Myers, J., Dienelt, M., Herman, G.: Life events and depression. Arch. Gen. Psychiat. 21, 755-760, 1969

Petras, J.W., Curtis, J.E.: The current literature on social class and mental illness in America. Behav. Sci. 13, 283-298, 1968

Pfeiffer, W.M.: Die Symptomatik der Depession in transkultureller Sicht.In: Hippius, H., Selbach, H. (Hrsg): Das depressive Syndrom. 151-167, München,1969

Pfeiffer, W.M.: Transkulturelle Aspekte der Depression. In: Schulte, W., Mende, W. (Hrsg):Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. 93-99, Stuttgart 1969

Pfeiffer, W.M.: Transkulturelle Aspekte pathologischen Verhaltens. In: Pongratz, L.J., Wewetzer, K.H. (Hrsg): Handbuch der Psychologie. 2. Halbb. 3145-3165, Göttingen, 1978

Pflanz, M., Lambelet, L.: Epidemiologische Aspekte der Depression. In: Schulte, W., Mende, W. (Hrsg): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. 88-92, Stuttgart 1969

Pflanz, M.: Allgemeine Epidemiologie. Stuttgart 1973

Phillips, L.: Socioeconomic factors and mental health. Am.J. Orthopsych. 37, 2, 410-411, 1967

Pohlmeier, H.: Soziologie der Depression. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 58-67, 1963

Pongratz, L.J., Wewetzer, K.H. (Hrsg): Handbuch der Psychologie, 1. Halbb. u. 2. Halbb. Göttingen 1977-78

Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch. Berlin, 1972

Ransom, C.: Social Psychiatry: An overview. Am. J.Psychiat. 130, 841-849, 1973

Rathgeber, W.: Medizinische Soziologie. München, 1975

Redlich, F.C., Hollingshead, A.B., Roberts, B., Robinson,H., Freedman, L., Myers, J.: Social structure and psychiatric disorders. Am.J. Psychiat. 109, 729-734, 1953

Rennie, T.A., Srole, L., Opler, M., Langner, T.S.: Urban life and mental health, socioeconomic status and mental disorders in the metropolis. Am.J. Psychiat. 113, 175-182, 1957

Reuck, A. de, Porter, R.: Transculturel psychiatry. Ciba Foundation Symposium, 4-16, London, 1965

Ripley, H.S.: Depression and the life-span epidemiology.In: Usdin. G. (Hrsg): Depression, clinical and biological aspects. 1-27, New York, 1977

Roman, P.M., Trice, H.: Explorations in the psychiatric sociology. Philadelphia, 1974

Rosenthal, S., Klerman, G.: Content and consistancy in the endogen-depressive pattern. Brit. J. Psychiat. 122, 471-484, 1966

Roth, M., Gasside, R., Gurney: Classification of depressive disorders. In: Angst, J. (Hrsg): Classification and the prediction of outcome of depression. 1-25, Stuttgart 1974

Routh, D., King, K.: Social class bias in the clinical judgement. J. Cons. Clin. Psychol. 38,2,203-207, 1972

Rubinfine, D.: Depression and mania: Psychoanalytic theories. In: Wolman, B.B. (Hrsg): International Encyclopedia of psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, Neurology. Bd. 4. 63-69, New York, 1977

Sartorius, N.: Culture and the epidemiology of depression. Psychiat. Neur. Neurochir. 76, 475-487, 1973

Sartorius, N.: Depressive Erkrankung als weltweites Problem. In: Kielholz, P. (Hrsg): Depression in der täglichen Praxis. 16-20, Stuttgart 1974

Schaefer, H.: Der Krankheitsbegriff. In: Blohmke, M.et.al. (Hrsg): Handbuch der Sozialmedizin III. 15-31, Stuttgart 1977

Scharfetter, C., Angst, J.: Depression und transkulturell vergleichende Psychiatrie.Deut. Med. Wochenschr. 103, 913-18, 1978

Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart, 1968

Schroeder, C.W.: Mental disorders in cities. Am.J. Soc. 48, 40-48, 1942

Schulte, W., Mende, W. (Hrsg): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. Stuttgart, 1969

Schulte, W., Tölle, R.: Psychiatrie. Berlin, 1975

Schulte, W.: Methoden der Sozialpsychiatrie. In: Blohkme, M.e.al. (Hrsg): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III, 264-272, Stuttgart 1977

Schwab, J., Bialow, M., Holzer, Ch., Brown, J., Stevenson, B.: Sociocultural aspects of depression in medical inpatients. Arch. Gen. Psychiat. 17, 533-543, 1967

Serra, A., Pollnitt, J.: The relationship betwenn personality and the symptoms of depressive illness. Brit. J. Psychiat. 127, 208-11, 1975

Sharadamba, R.: Socioeconomis groups and mental disorders. Psychiat. Quart. 40, 678-690, 1966

Silverman, C.: The epidemiology of depression. A review. Am. J. Psychiat. 124, 883-891, 1968

Singer, K.: Depressive disorders from a transculturell perspective. Soc. Sci. Med. 9, 289-301, 1975

Spalt, L.: Occupation characterics in affective disorders. Dis. nerv. Syst. 38, 548-552, 1977

Srole, L., Langner, S., Michael, S.T., Kirkpatrick,P., Opler, M., Rennie, T.: Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study. New York, 1962

Srole, L., Langner, T.: Sozioökonomische Statusgruppen: Ihr Verteilungsmuster psychischer Gesundheit. In: Keupp, H. (Hrsg): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. 66-90, München 1974

Steele, L.R.: Race sex and social class differences in depression among normal adults. Diss. Abst. Inter. 36, 2485-86, 1975

Stern, L., Piper, K.: Der psychopathologische Index der Kultur. Arch. Psychiat. Nervenkrankh. 74, 514-25, 1925

Strömgren, E.: Klassifizierung der Depression. In: Hippius, H., Selbach, H. (Hrsg): Das depressive Syndrom, 347-535,München,1969

Taylor, C.S.: Menthal health and environment. 177-189, London, 1964

Tellenbach, H.: Melancholie. Berlin, 1961

Tellenbach, H.: Transkulturelle Aspekte der Melancholie. In: Schulte, W., Mende, W.(Hrsg): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung. 100-109, Stuttgart, 1969

Tietze, C., Lemkau, P., Cooper, M.: Schizophrenia, manic-depressive disorders and social-economic status. Am. J. Soc. 47, 167-175, 1941-42

Tietze,C.: A note on the incidence of mental disease in the state of New York. Am.J. Psychiat. 100, 402-405, 1943

U.S. Bureau of the Census: Patients in Hospitals for mental disease, 1933. Washington,1935

Usdin, G. (Hrsg): Depression: Clinical, biological and psychological perspectives. New York, 1977

Vliegen, J.: Endogenität. In: Müller, C. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie. 164-168, Berlin 1973

Walcher, W. (Hrsg): Probleme der Provokation depressiver Psychosen. Wien, 1971

Walcher, W.: Steigende Frequenz der Depression. Ärzt.Prax. 46, 2057, 1975

Walsh, D.: Social class and mental illness in Dublin. Brit. J. Psychiat. 115, 1151-1161, 1969

Warheit, G.: A analysis of social class and racial differences in depressive symptoms. J. Health. Soc. Behav. 14, 291-99, 1973

Weissmann, M., Myers, J., Harding, P.: Psychiatric disorders in an U.S. urban community: 1975-76. Am.J.Psychiat. 135, 459-62, 1978

Weitbrecht, H.: Die heutige Diskussion über das Wesen der endogenen Psychosen. Fortschr. Neur. Psychiat. 34, 161-175, 1966

Weitbrecht, H.: Auslösung endogener Psychosen. In: Hippius, H., Selbach, H. (Hrsg): Das depressive Syndrom. 427-433, München 1969

Weitbrecht, H.: Psychiatrie im Grundriss. Berlin 1973

Weitbrecht, H.: Psychopathologie und Klinik der Gruppe der endogenen Depressionen. Monatsk. Art. Fortbil. 3, 105-113, 1973a

Wittkower, W.D.: Transcultural Psychiatry. In: Reuck, A. de, Porter, R. (Hrsg): Transcultural Psychiatry, Ciba Foundation Symposium. 4-16, London, 1965

Wittkower, E.D., Hügel, R.: Transkulturelle Aspekte des depressiven Syndroms. In: Hippius, H., Selbach, H. (Hrsg): Das depressive Syndrom. 142-149, München 1969

Wulff, E.: Psychiatrie und Klassengesellschaft. Frankfurt 1972

Zerbin-Rüdin, E.: Manisch-depressive Psychosen. In: Becker, P. (Hrsg): Handbuch der Humangenetik.Bd. 5, 2,Halbbd. 513-540, Stuttgart 1967

Zerbin-Rüdin, E.: Vererbung und Umwelt bei der Entstehung von Psychischen Störungen. Darmstadt, 1974

Lebenslauf

Jutta Angelika Hartmann

geboren:	19.3.1953 Neuendettelsau
Vater:	Werner Hartmann, Rentner
Mutter:	Frieda, geb. Burkhardt
1956-63:	Volksschule Neuendettelsau
1963-72:	Gymnasium Neuendettelsau
1972:	Abitur
1972-73:	Universität Erlangen/Psychologie
1973-80:	Universität Würzburg/Medizin und Archäologie

Auslandsaufenthalt:

1973:	1 Semester Universität Milwaukee/ Wisconsin U.S.A.
1976:	1 Semester Ludwig Boltzmann-Institut für Homöopathie in Wien

Jutta Hartmann